

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA NÁRODOHOSPODÁŘSKÁ

Financování zdravotní péče v České republice

Financing of the Health Care in the Czech Republic

Student: Bc. Lenka Novobilská

Vedoucí diplomové práce: Ing. Milan Kaštan

Ostrava 2013

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra národohospodářská

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Lenka Novobilská**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T027 Národní hospodářství
Specializace: 00 Národní hospodářství
Téma: **Financování zdravotní péče v České republice**
Financing of the Health Care in the Czech Republic

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Ekonomické aspekty zdravotní péče
 3. Financování zdravotnictví v České republice
 4. Doporučení tvůrcům hospodářské politiky
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

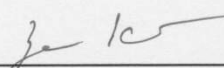
BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2010. 554 s. ISBN 978-80-7357-585-4.
ZWEIFEL, Peter, Friederich BREYER and Mathias KIFMANN. *Health Economics*. 2th ed. Berlin: Springer, 2009. 529 s. ISBN 978-3540278047.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

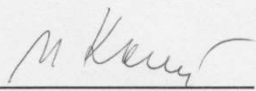
Vedoucí diplomové práce: **Ing. Milan Kaštan**

Datum zadání: 23.11.2012

Datum odevzdání: 26.04.2013


doc. Ing. Zuzana Kučerová, Ph.D.
vedoucí katedry

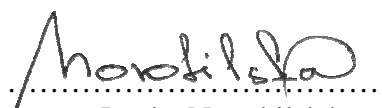



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Prohlášení:

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem veškerou použitou literaturu a další prameny.“

V Ostravě dne: 26. 4. 2013


.....
Lenka Novobilská

Poděkování:

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce Ing. Milanovi Kaštanovi za odborné vedení této diplomové práce, za řadu podnětů a připomínek ke struktuře i samotnému obsahu práce.

Obsah

1 Úvod	4
2 Ekonomické aspekty zdravotní péče.....	7
2.1 Zdraví.....	7
2.2 Zdravotnictví	9
2.3 Ekonomie zdraví.....	10
2.4 Zdravotní politika	11
2.5 Legislativní rámec	11
2.6 Zdravotní péče	13
2.7 Zdravotní pojištění.....	17
2.8 Postavení a úloha zdravotní pojišťovny	23
2.9 Zdroje informací o zdravotnictví	24
2.10 Dílčí shrnutí kapitoly	28
3 Financování zdravotnictví v České republice	29
3.1 Modely zdravotnických systémů	30
3.2 Formování systému zdravotnictví v České republice po roce 1989	35
3.3 Toky a zdroje financování zdravotní péče.....	39
3.4 Dílčí shrnutí kapitoly	55
4 Doporučení tvůrcům hospodářské politiky	56
4.1 Pozitiva a negativa českého zdravotního systému	57
4.2 Vybrané problémy zdravotní politiky.....	58
4.3 Dílčí shrnutí kapitoly	67
5 Závěr	69
Seznam použité literatury	72
Seznam zkratk	79
Seznam tabulek.....	79
Seznam grafů	80
Seznam obrázků	80
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce.....	81
Seznam příloh	82

1 Úvod

Lidské zdraví a jeho ochrana patří v moderní společnosti mezi vysoce ceněné hodnoty. Je proto velmi důležité, aby k nim společnost zaujala odpovědný přístup. Zdravotnictví nabývá na významu jako odvětví, jehož úroveň význačně ovlivňuje šance na zlepšení zdravotního stavu člověka na základě vědeckého poznání. Zdravotnictví se tak stává oblastí týkající se každého jednotlivce. V průběhu 20. století se neustále měnila kritéria léčitelnosti a léčby většiny nemocí. Stejně je tomu tak i v 21. století. Pokrok v lékařské vědě nyní umožňuje poskytnutí pomoci i pacientům, jimž dříve nebyla schopná zajistit adekvátní léčbu. Fungující zdravotnictví a dostupnost kvalitní zdravotní péče představují významný faktor rozvoje každého jednotlivce. Zdravotní stav populace je často používán jako ukazatel vyspělosti společnosti a daného státu. Tendence ke zvyšování životní úrovně s sebou přináší rostoucí požadavky na úroveň zdravotní péče a zároveň narůstající výdaje na její zabezpečení. Dalo by se říci, že tyto zvyšující se výdaje jsou i z pohledu technologického pokroku přirozeným procesem.

V období transformace české ekonomiky byla tvorba zdravotní politiky velmi často ovlivněna jednotlivými zájmy aktérů zdravotní politiky. Stejně tak byla ovlivněna obavami ze změny již zavedených mechanismů financování zdravotní péče a chápání zdravotnictví jako automatické fungující jistoty. Argumentace potřebná pro transformaci stávajícího systému byla vedena nikoli na úrovni odpovídající poznatkům ekonomie zdraví, nýbrž v rovině zvažování únosné míry nastavení zásluhovosti a solidarity. K dalším důležitým otázkám problematiky zdravotnictví se řadily rostoucí nároky na jeho výkon, vzniklé z plurality zúčastněných aktérů, nutnost vymezení pravidel určujících jejich činnost a otázky omezení zdrojů vzhledem k rostoucím možnostem medicíny a demografickému vývoji.

Mnohé z těchto otázek je nutné řešit neustále s ohledem na demografický vývoj a rozvoj medicínských možností. Při jejich řešení je vyžadován jasný a co nejjednodušší postup. Z problémů stále přetrvávajících ve zdravotnictví je patrné, že tato řešení nejsou vždy dlouhodobě funkční. 21. století přineslo potřebu sladit míru solidarity ve zdravotnických systémech s prostorem pro konkurenci a současným uspokojením individuálních potřeb a priorit pacienta. Potřebné prostředky pro rozvoj zdravotnictví jsou stále více hledány v soukromém sektoru na úkor sektoru státního. Do jisté míry je tento vývoj projevem

koupěschopné poptávky pacientů a zároveň umožňuje respektovat individualitu lidských potřeb a rozvoj medicíny. Medicína neustále rozšiřuje možnosti investic do zdraví jednotlivce a možnosti přizpůsobování se prioritám pacienta. Pojetí medicíny se přesunulo od pasivního přijetí diagnózy a následné léčby k chápání medicíny jako služby. Tím dochází ke zvyšování nároků pacientů na úroveň zdravotnické péče v jednotlivých zařízeních, především z pohledu komunikace s lékaři, respektování soukromí, časového rozložení léčby a využívání nejnovějších medicínských poznatků, léků a techniky.

Hlavním cílem zdravotní politiky státu by měla být snaha o zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Zdravotní stav populace má dopad na konkurenceschopnost celé ekonomiky, a to jak z mezinárodního pohledu, stejně tak z pozice jednotlivců na daném trhu práce. Je to způsobeno propojeností sektorů národního hospodářství, které jsou de-facto závislé na nemocnosti občanů.

Cílem této diplomové práce je zhodnocení financování zdravotní péče v České republice s identifikací jeho možných nedostatků a následně navrhnout jejich případné řešení.

Za účelem dosažení cíle diplomové práce byly použity tyto vědecké metody: deskripce dostupných teoretických a empirických poznatků z oblasti zdravotní péče, explorační legislativních dokumentů České republiky platných v oblasti zdravotnictví a logicky-deduktivní metoda. Na základě výsledků použitých metod jsou formulovány jednotlivé návrhy a doporučení.

Systém financování zdravotní péče je složitým mechanismem, v němž je zapojeno několik činitelů. Mezi ně se řadí stát, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, pacienti apod. Stát vykonává zákonodárnou moc a vydává právní normy, na jejichž základě je systém financování zdravotní péče v České republice postaven, a rovněž vykonává následnou kontrolu hospodárnosti systému. Zdravotní pojišťovny mají na starost financování zdravotní péče na základě zákonů a mají přímou vazbu na další prvky systému, kterými jsou zdravotnická zařízení a sami pacienti. Všechny státy se snaží najít systém financování, jenž by zabezpečil zdravotní péči všem lidem a zároveň by příliš nenavyšoval výdaje nutné k jejímu poskytnutí. Teoreticky lze konstatovat, že každý stát má svůj specifický systém financování zdravotnictví, který je nastaven na základě volby občanů. Nejinak je tomu v rámci České republiky.

Diplomová práce je tvořena ze tří hlavních kapitol, které jsou rozčleněny následovně. V první z hlavních kapitol jsou analyzovány důležité ekonomické aspekty zdravotní péče

v České republice. Jmenovitě se jedná o pojmy zdraví, faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel, veřejné zdraví, zdravotnictví včetně veřejného, ekonomii zdraví s vymezením standardních konkurenčních trhů a trhů ve zdravotnictví, zdravotní politiku, přijatou legislativu v rámci zdravotnictví, zdravotní péči a její poskytování, zdravotní péči jako ekonomický statek a zdravotní pojištění. Značný prostor je věnován problematice informační asymetrie a morálního hazardu ve vztahu ke zdravotnímu pojištění. Dalšími tématy rozebranými v kapitole jsou fond zdravotního pojištění, srovnání veřejného a komerčního zdravotního pojištění, postavení a úloha zdravotní pojišťovny a systém zdravotnických účtů, ze kterého do značné míry vychází další kapitola.

Druhá kapitola pojednává o modelech zdravotnických systémů a jejich aplikaci na Českou republiku, o formování systému zdravotnictví v České republice po roce 1989 a o tocích a jednotlivých zdrojích financování zdravotní péče, stejně jako o vývoji salda v systému veřejného zdravotního pojištění České republiky.

Poslední kapitola je vyústěním obecné a praktické části diplomové práce. V kapitole je zhodnoceno současné financování zdravotní péče v České republice a vymezeny silné a slabé stránky českého zdravotnictví. V neposlední řadě jsou zde uvedeny některé postupy, které by mohly vést ke zlepšení situace ve financování zdravotní péče v rámci České republiky.

2 Ekonomické aspekty zdravotní péče

Kvalita zdravotnictví se stala jednou z klíčových determinant ekonomického růstu. Velmi důležitým předpokladem pro zvyšování kvality a zásob lidského kapitálu je tudíž umožnit obyvatelstvu přístup ke zdravotnickým službám. Zároveň se zdravotnictví stalo nepostradatelným faktorem konkurenceschopnosti a významným odvětvím národního hospodářství. Kromě své sociální funkce v oblasti péče o zdraví obyvatel se na jeho základě vytvořil prostor k rozvoji ekonomiky s možností pro uplatnění komparativních výhod v nadnárodní rovině. Je tedy patrné, že ekonomika a zdravotnictví jsou spolu velmi úzce spjaty.

V této kapitole jsou definovány a rozvedeny základní pojmy ekonomických aspektů zdravotní péče z oblasti zdravotnictví, ekonomie zdraví a zdravotní politiky, které jsou podstatné pro další části práce. Jedná se především o pojmy zdraví, veřejné zdraví, zdravotnictví, ekonomie zdraví, zdravotní politika, zdravotní péče jako ekonomický statek, legislativní rámec, poskytování zdravotní péče, zdravotní pojištění a postavení a úloha zdravotní pojišťovny apod.

2.1 Zdraví

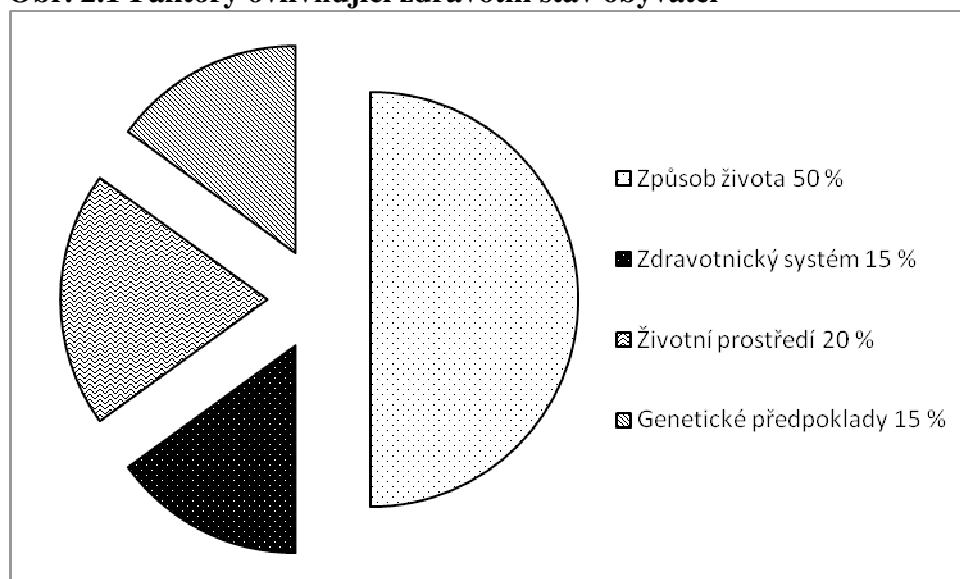
„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví stojí za nic.“ (Holčík, 2004, s. 160).

V úzkém (negativním) pojetí lze zdraví definovat jako stav organismu bez nemoci, širší (pozitivní) pojetí pak představuje stav organismu, který je schopen snášet tělesné a duševní zatížení. Světová zdravotnická organizace (dále též WHO) definuje zdraví ve svém zakládajícím dokumentu z roku 1948 následovně: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“ (WHO, 1948), tzn. jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady.

Zdraví člověka je determinováno genetickou výbavou od vrozených dispozic až po výživu. Jednotlivé ukazatele ovlivňující zdravotní stav obyvatel jsou i s procentuálním

zastoupením uvedeny na obr. 2.1. Úroveň zdraví je měřena úrovní nemocnosti a úmrtnosti. Modelování výše budoucích výdajů ve zdravotnictví se zakládá na hypotézách o vývoji nákladů. Jedna z hlavních hypotéz vychází z proporcionální délky života prožité ve zdraví a nemoci s předpokladem, že s rostoucím věkem vrůstá prevalence onemocnění a ve značné míře dochází ke zhoršování zdraví populace (Maaytová, 2012). Zdraví se řadí k prioritám jednotlivce, rodiny i společnosti. Je výchozím prvkem pro sociální a ekonomickou úspěšnost, kde zastává důležitou roli rovněž celý systém zdravotní péče.

Obr. 2.1 Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel



Zdroj: Maaytová (2012).

V současnosti do těchto determinant citelně zasahují vědecko-technický, hospodářský a sociální rozvoj, a tím ovlivňují i celý koncept zdravotní politiky. Vzhledem k rychlosti probíhajících změn ztratil jednotlivec dostatečnou adaptivní schopnost na dané změny a na vznik nových vazeb mezi jednotlivými determinanty. Proto by neměla být přijímána žádná zásadní ekonomická, legislativní, ekologická či sociální opatření, aniž by byl posouzen jejich dopad na lidské zdraví (Maaytová, 2012).

Veřejné zdraví

Veřejné zdraví je stav obyvatelstva a jeho skupin, který je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života (§ 2 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví). Byť jsou problémy veřejného zdraví

celosvětově odlišné, fungují na stejných principech, zaměřují se na jednotlivé problémy komunit s prevencí onemocnění, podporou zdraví a kvalitou života jako primárními cíli. Rostoucí podpora zdraví je v přímé souvislosti s poznáním vlivu životního stylu, ekonomických a sociálních podmínek pro život na zdraví lidí (Barták, 2010).

2.2 Zdravotnictví

Zdravotnický systém slouží primárně k ochraně veřejného zdraví obyvatel, jak je uvedeno v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Jedná se o systém specifický, proměnlivý, komplikovaný, dotýkající se každého občana. Jako resortní systém složený z odborných orgánů, institucí a zařízení, které jsou součástí veřejného sektoru, je v ČR financován převážně z veřejných prostředků sestávajících ze zdravotního pojištění občanů a daní. Hlavními funkcemi systému jsou usměrňování a koordinace péče o zdraví a řízení soustavy zdravotnických zařízení poskytujících odbornou zdravotnickou péči a služby. Primárním smyslem fungujícího zdravotního systému je zlepšení zdravotního stavu populace.

Zdravotnictví je interdisciplinární obor, ve kterém se prolínají právní a etické normy z různorodých odvětví, stejně jako vztahy, zájmy, potřeby a očekávání z odlišných oblastí lidské činnosti.

Specifičnost daného systému vyplývá především z rozsáhlé potřeby zdravotnických služeb a s tím spojené výše vynaložených finančních nákladů. Zdravotnictví, mimo svou sociální funkci v oblasti péče o zdraví obyvatel, zastává důležitou pozici jako sektor ekonomiky státu, v němž se v současnosti projevují finanční disbalance.

Veřejné zdravotnictví

Jedná se o zdravotní péči pro celou populaci zaměřenou na prevenci, podporu zdraví nebo prodlužování lidského života. Společnost řeší problémy vzniklé v rámci veřejného zdravotnictví použitím vlastních metodologických postupů (epidemiologie, sociologie...). V dnešní době má veřejné zdravotnictví záběr v rámci veškeré lidské činnosti od životního prostředí přes ekonomické, sociální, psychologické, technické a ekologické sféry. Veřejné zdravotnictví spočívá na dvou principiálních pilířích: na úsilí o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a na zabezpečení ekonomické dostupnosti péče o zdraví. Zde dochází ke kolizi mezi vysokou úrovní poskytované zdravotní péče a omezeností zdrojů neschopných pokrýt

nové požadavky a potřeby (Marmot, Wilkinson, 1998). Jedná se o klíčový problém zdravotní politiky.

2.3 Ekonomie zdraví

Jak uvádí Zweifel (2009), představuje v současnosti ekonomie zdraví samostatnou mikroekonomickou disciplínu analyzující chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním a užíváním zdravotnických služeb. Ekonomie zdravotnictví definuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí, analyzuje jeho případná selhání a uplatňuje na podmínky zdravotnických služeb tradiční metody ekonomické analýzy. Užití mikroekonomických pojmů (analýza poptávkové funkce, teorie firmy, morální hazard) vzbuzuje řadu námitek. V prvé řadě se jedná o námitky etické vycházející z tvrzení, že zdraví jako významná hodnota by nemělo být posuzováno pomocí ekonomických kritérií. V situaci, kdy jsou lékaři vázáni mravními principy, nelze je nutit optimálně alokovat zdroje a efektivně využívat, mělo-li by se tak stát na úkor lidských životů.

Obtížná měřitelnost zdraví a ne vždy kauzální vztah mezi poskytováním zdravotnických služeb a zlepšením zdravotního stavu vede k námitkám technickým. Ty se zabývají možnostmi definice výstupu ve zdravotnictví.

Už v roce 1963 určil Arrow rozdíly mezi trhem zdravotnickým a trhem konkurenčním, přičemž z ekonomického pohledu představuje zdravotnictví specifické odvětví.

Z jeho studie vyplynuly argumenty ve prospěch veřejné účasti na poskytování a financování zdravotnických služeb. Rozdíly mezi těmito trhy spatřoval v povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a podmínkách nabídky. Přehledněji definované rozdíly jsou uvedeny v následující tabulce 2.1.

Tab. 2.1 Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy

Standardní konkurenční trhy	Trh ve zdravotnictví
velké množství prodávajících	omezený počet poskytovatelů
zisk, který maximalizují firmy	většina nemocnic je neziskových (absence ziskového motivu)
homogenní komodity	heterogenní komodity
dobře informovaní kupující	neinformovaní kupující
přímé platby spotřebitelů	pacienti obvykle hradí pouze část nákladů přímo

Zdroj: Stiglitz (1997).

2.4 Zdravotní politika

Zdravotní politiku jako takovou nelze jasně definovat, její pojetí se liší ve světovém měřítku stejně jako v měřítku Evropské unie. Řadí se spolu s dalšími politikami do tzv. sociální politiky státu a prolíná se do politiky hospodářské. Navzdory sociální stratifikaci je nutno při budování společnosti vyznávat princip rovných šancí v přístupu ke zdraví začlenit tuto politiku do právního rámce státu. V případě České republiky je toto zakotveno v Listině základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku. Dle Bartáka (2010) je nezpochybnitelné, že má zdraví a zdravotnictví ekonomické souvislosti a důsledky na mikro- i makroúrovni. Zdravotnictví je v mnoha zemích největším producentem služeb s vysokým počtem kvalifikované pracovní síly a představuje významný zdroj inovací, přičemž autor bere v potaz faktory jako nemocnost či pracovní neschopnost, které jsou podle něj schopny významně ovlivnit výkonnost jednotlivých národních ekonomik. Tento názor zakládá na skutečnosti, že velké procento vyspělých světových států vynakládá více než 10 % ze svého hrubého domácího produktu (dále je HDP) ročně právě na tuto politiku a výrazný nárůst nemocnosti nebo pracovní neschopnosti obyvatelstva vede ke zvyšování výdajů státu a zároveň snižování příjmů. Je tedy nasnadě předpokládat další nárůst výdajů a vyřešit otázku, kde získat finanční zdroje při současné situaci financování, jež se nachází na hranici svých možností.

2.5 Legislativní rámec

Základní dokument vymezující český zdravotnický systém ztělesňuje Listina základních práv a svobod, kde je v článku 31 zakotveno: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“

Druhým nejdůležitějším dokumentem pro financování zdravotní péče je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále též zákon č. 48/1997 Sb.), jmenovitě ustanovení § 13, § 17 a § 42. Ty pojednávají o financování zdravotní péče a následné kontrole vykázané zdravotní péče, viz příloha 1.

V současnosti je financování zdravotní péče pro rok 2013 podrobně upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále též

vyhláška č. 396/2010 Sb.). Jsou v ní detailně vymezeny jednotlivé instituce, kterých se tato vyhláška týká, viz příloha 1.

Regulační poplatky ve zdravotnictví stejně jako limity regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely byly zavedeny zákonem č. 261/2007Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, který změnil a doplnil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tyto poplatky byly zavedeny, jak napovídá samotný název, z důvodu regulačních, dále pak signalizačních a v neposlední řadě i psychologických.

Hlavní regulační funkce spočívá v odrazení občanů od nadužívání zdravotní péče (časté návštěvy lékaře, předepisování volně prodejných léků, zbytečné využití pohotovostní služby atd.). Platba poplatku by měla působit na pacienta jako signál toho, že jím čerpaná péče je často nákladná, a dále by jej měla přimět ke zvážení, zda tuto péči opravdu potřebuje. V případě pobytu v nemocnici slouží k uvědomění si, že tento pobyt kromě lékařské péče zahrnuje i de facto služby hotelového typu, a vznikají tak nezdravotnické náklady, které je nutno zaplatit, a tím se odčerpávají peníze potřebné pro jiné lékařské zákroky a služby. Psychologický dopad spočívá ve výše zmiňovaných funkcích poplatků a dále by se měl projevit v uvědomění občanů, že nadužívání lékařských služeb vede k omezení principu solidarity¹, na kterém je zdravotnictví ČR postaveno. Tyto poplatky byly zavedeny v roce 2008 v symbolických hodnotách, jež by příliš nezatížily rozpočet jednotlivých občanů, a přesto pomohly zlepšit financování zdravotní péče. Aby se předešlo znevýhodnění chronicky nemocných pacientů, byly zároveň se zavedením těchto poplatků stanoveny ochranné limity. Pokud pacient čerpá zdravotní služby v částce vyšší, než jsou stanoveny tyto limity, je mu následně další kalendářní rok tato tzv. přečerpaná částka vrácena. Tyto poplatky byly postupně upraveny s ohledem na jejich výši a výběr od určitých skupin pacientů. V tabulce 2.2 je uvedena jejich hodnota při zavedení a v roce 2013.

¹ Sociální solidarita (vzájemná podpora, sounáležitost) souvisí především s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (zejména rodin) v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti (Krebs, 2010).

Tab. 2.2 Výše regulačních poplatků

	2008	2013
Za klinické vyšetření, vyšetření zubního lékaře, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem, za vydání každého léčivého přípravku předepsaného na recept	30 Kč	30 Kč
Za den, ve kterém byla poskytnuta: ústavní, komplexní lázeňská nebo ústavní péče v dětských léčebnách a ozdravovnách	60 Kč	100 Kč
Za pohotovostní službu	90 Kč	90 Kč
Ochranný limit²	5000 Kč	5000 Kč, 2500 Kč ³

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky a následně i přílohy 1 je patrná změna ve výši poplatku za den, ve kterém byla poskytnuta: ústavní, komplexní lázeňská nebo ústavní péče v dětských léčebnách a ozdravovnách, kdy byla navýšena částka doplatku o 40 Kč. Další změnou je výše ochranného limitu, který byl odlišně nastaven pro kategorii pojištěnců mladších než 18 let a starších než 65 let. Největší změnou bylo zrušení hrazení poplatku 30 Kč pojištěncům do 18 let při návštěvě lékaře. Dále pak byla zrušena platba za každou položku na receptu, nahradila ji jedna platba pouze za vydaný recept.

2.6 Zdravotní péče

Zdravotní péče je definována v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jako:

- „soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
 - předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále též „nemoc“),
 - udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
 - udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
 - pomoc při reprodukci a porodu,
 - posuzování zdravotního stavu,
- preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky“.

² Jednotlivé položky patřící do ochranného limitu jsou uvedeny v příloze 1.

³ Pojištěnci mladší než 18 let a starší než 65 let.

Jedná se o soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zlepšení nebo alespoň zachování jeho zdravotního stavu. Lze ji rozdělit na péči komplexní (plnou) a nutnou a neodkladnou zdravotní péči. Kvalifikovaná zdravotní péče, jako jedna z determinant zdraví, se musí umět odpovídajícím způsobem přizpůsobit nově vznikajícím situacím a problémům (Dolanský, 2008).

Při plné péči má v rámci ČR pojištěnec nárok na veškerou péči, která je v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky přístupné na území ČR. Tuto zásadu lze demonstrovat podle modelové situace, např. při nevhodnosti podmínek v místní nemocnici je pacient převezen do vyhovujícího odborného zařízení. Tato péče je převážně hrazena ze zdravotního pojištění, v některých případech se jedná o částečně hrazenou zdravotní péči např. příplatek za kvalitnější plombu u dentisty. Rozdělení péče na základní a nadstandardní s přesným vymezením služeb je v současnosti předmětem politických debat.

Nutná a neodkladná zdravotní péče znamená péči, jejíž poskytnutí je nezbytné pro odvrácení ohrožení zdraví či života pojištěnce. V rámci naší republiky nemá toto vymezení mnoho významu. Termín nutné a neodkladné zdravotní péče se používá v zemích Evropské unie (dále též EU) při popisu situace, kdy mají obyvatelé členských zemí EU nárok na nutnou a neodkladnou zdravotní péči na účet své zdravotní pojišťovny.

Další dělení zdravotní péče uvádí Durdisová (2005). Jedná se např. o dělení podle:

- úhrady ze zdravotního pojištění (hrazená, nehrazená, částečně hrazená),
- ambulantní péči (primární, specializovaná, zvláštní),
- zvláštní druhy zdravotní péče (pohotovostní a záchranná služba, preventivní péče, dispenzární péče, závodní preventivní péče),
- ústavní péči,
- lázeňskou péči.

Poskytování zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotní péče jsou definováni v § 11 zákona 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, v platném znění. Jedná se o zdravotnická zařízení států, obcí, fyzických a právnických osob, které poskytují zdravotní péči v souladu se soudobými a aktuálními poznatky lékařství. Jednotlivé podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních pak stanoví zvláštní zákony. Mezi další poskytovatele zdravotní péče se řadí zařízení sociálních služeb s pobytovými službami. Jedná-li se o ošetrovatelskou

a rehabilitační péči o pojištěnce v nich umístěné, jednotlivé podmínky a rozsah služeb stanoví zvláštní právní předpis.

Objektem poskytování zdravotní péče jsou pacienti (klienti). Subjektem zdravotní péče jsou pak zdravotnická i nezdravotnická zařízení. Pacienti mají zájem na poskytnutí co nejlepší zdravotní péče, kvalifikovanou osobou s profesním přístupem, dostupnými, moderními metodami v uspokojivém prostředí a v co nejkratší době. S ohledem na závažnost zdravotního stavu, kdy není pacient tyto hodnoty schopen vnímat, se předpokládá, že lékař jako poskytovatel zdravotní péče poskytne pacientovi adekvátní péči v rozsahu neomezeném finančními zdroji. Na druhé straně stojí snaha zdravotnických zařízení poskytnout potřebnou zdravotnickou péči s nejnižším možným finančním zatížením. Na základě těchto skutečností je nutná snaha o dosažení kompromisu výhodného pro obě strany. Prioritním cílem celého systému je bezesporu úsilí o růst kvality poskytované péče, vyjádřený prodlužováním průměrné délky aktivního života a zvyšováním jeho kvality (Šatera, 2012).

Zdravotní péče se dle zákona 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, v platném znění poskytuje:

- bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění ve smluvně stanoveném rozsahu,
- bez přímé úhrady z prostředků Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR pro občany Slovenské republiky bez trvalého pobytu a bez pracovního poměru na území ČR, kteří nejsou ani samostatně výdělečně činní, úhradu následně vyplatí Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR příslušný orgán Slovenské republiky,
- bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu České republiky, charitativních, církevních a dalších právnických a fyzických osob,
- dále pak za částečnou nebo plnou finanční úhradu.

Toto výše uvedené poskytování zdravotní péče nelze chápat jako službu poskytovanou zdarma. Finanční prostředky na její poskytování jsou získávány zejména z výnosů z odvodů na zdravotní pojištění a z přímých plateb od pacientů.

Zdravotní péče jako ekonomický statek

Zdravotnické služby jsou ekonomickým statkem. Zdroje sloužící k produkci zdravotnických služeb, ať již lidské, finanční nebo materiální, jsou omezené. Naopak potřeby

jsou neomezené. Je proto zapotřebí vymezit v jakém množství, jakým způsobem a jak bude zdravotní péče rozdělována.

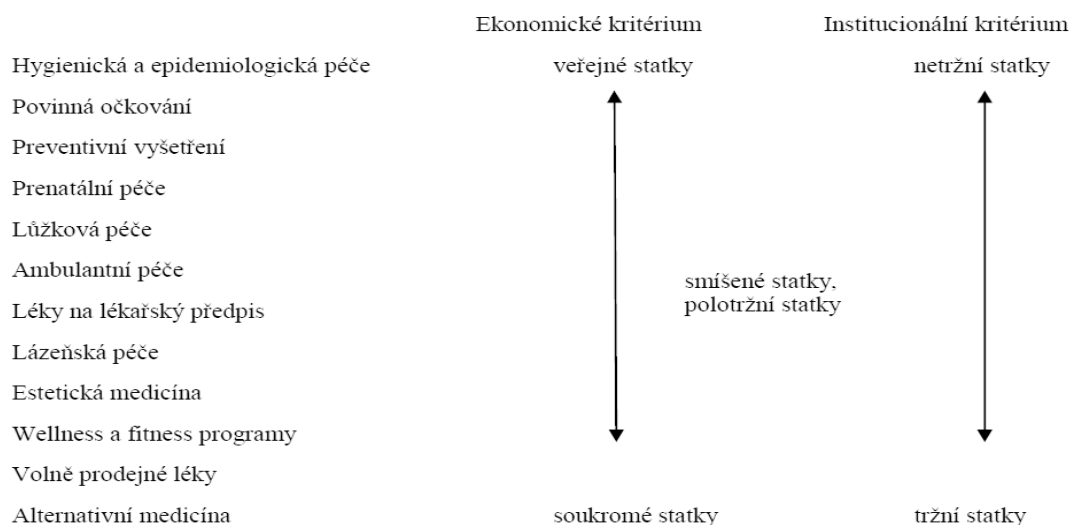
Obecně se dělí statky na vzácné neboli ekonomické, jež jsou vzhledem k poptávce relativně vzácné, a volné, tzn. neekonomické. Volné statky existují v takovém množství, že je jejich relativní cena nulová. Ekonomie se zabývá převážně studiem vzácných statků, přičemž vzácnost je definována jako omezené množství poptávaného statku (Holman, 2007). V rámci základního dělení statků je zdravotní péče statkem ekonomickým. Vzácná je z pohledu omezenosti počtu lékařského personálu či dostupnosti léčiv.

Ekonomické statky lze dále dělit na statky veřejné, soukromé a smíšené. Veřejný statek musí splňovat podmínky nevylučitelnosti ze spotřeby, nerivality a nulových mezních nákladů na dodatečnou jednotku spotřeby. V rámci soukromého statku pak existuje vylučitelnost ze spotřeby a nedělitelnost statku. Statky smíšené musí splňovat podmínky soukromého statku a přitom existuje závislost mezi kvalitou a kvantitou spotřeby (Holman, 2007).

Z institucionálního hlediska dělení se statky člení dle financování na tržní, netržní a nečisté tržní, kdy v případě tržní ceny vytvořené na základě nabídky a poptávky na konkurenčním trhu a dále financování ze soukromých zdrojů je statek brán jako tržní, a naopak.

Zdravotní péči nelze jednoznačně zařadit jako určitý statek. Pohybuje se na celé škále podle druhu služby, způsobu platby nebo i postoje ekonomů k danému druhu služby apod. (viz obrázek 2.2).

Obr. 2.2 Členění statků ve zdravotnictví



Zdroj: Mertl (2007)

2.7 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění lze rozdělit do dvou kategorií, pojištění veřejné (získávané obligatorně na základě zákona) a soukromé (získávané na základě dobrovolného rozhodnutí klienta). Způsob, jakým si občané zajišťují nebo jakým je občanům zajišťován přístup ke zdravotním službám odpovídajícím jejich potřebám, se v posledních desetiletích postupně měnil a stále se vyvíjí.

Komerční (soukromé) pojištění je institutem velmi starým a v určitých ohledech zatím nepřekonaným. Jak uvádí Krebs (2010), jedná se o dobrovolné pojištění s definovaným plněním na principu ekvivalence. Je schopno reagovat na jednotlivé zdravotní situace člověka, který jej má uzavřené. Na druhou stranu však nedostatečně řeší problematiku prevence zdraví jednotlivce, jelikož příliš spoléhá na ekonomické nástroje, jež motivují pojištěnce k racionálnímu přístupu k vlastnímu zdraví, ovšem o těchto lze uvažovat pouze na teoretické rovině. Předpokladem je ochota pojištěnce alokovat část svého příjmu na krytí rizika nepředvídatelných zdravotních událostí. Za zaplacené pojistné má klient nárok na určité smluvně specifikované plnění. Tento princip ovšem dostatečně neřeší mnoho problémů klíčových pro zabezpečení zdravotní péče v souladu s kritérii efektivnosti a zároveň cíli zdravotní politiky. Může se jednat např. o selhání trhu v podobě informační asymetrie⁴, morálního hazardu⁵ ze strany pojištěnce (zdravotnického zařízení, lékaře) nebo třídění zájemců o pojištění dle zdravotního rizika, kdy toto třídění nemusí odpovídat vhodnému rozdělení rizika. Komerční pojištění ze své podstaty poskytuje jednotlivým skupinám odlišné nároky na zdravotní péči. Příkladem může být:

- možnost čerpání péče hrazené z pojistky je dána pojistnými podmínkami, a nikoli objektivní potřebou,
- zdravotní stav může být použit jako kritérium pro stanovení výše plateb a identifikaci specifického rizika, nebo i odmítnutí určitého člověka pojistit,
- komerční pojišťovna jako zástupce zájmu klienta může selhat z důvodu selhání pojistného trhu nebo nadřazení dílčího komerčního zájmu nad obecné parametry a etické normy spojené s daným pojistným produktem,

⁴ Informační asymetrie je situace, kdy jedna strana (obvykle trhu) zná více relevantních informací než strana druhá (Holman, 2011).

⁵ Morální hazard označuje v situaci asymetrických informací činnost jednoho ekonomického subjektu (informovaného), který při maximalizaci svého užítku snižuje užitek ostatních (neinformovaných) účastníků tržní transakce (Holman, 2011).

- rostoucí příjmová diferenciacie způsobuje, že prostředky, které reálně mohou určité skupiny populace na pojištění alokovat, jsou nedostatečné ke krytí jejich rizika.

Z pohledu cílů zdravotní politiky dochází k paradoxu, kdy pojištěnec s horším zdravotním stavem platí vyšší pojistné vyplývající z vyššího rizika onemocnění a následné nutnosti plnění pojistky, což vede k nepojištěnosti, nepojistitelnosti nebo podpojištěnosti.

Veřejné zdravotní pojištění naopak vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení rizika všemi občany. Na základě plateb pojistného získává občan nárok na zdravotní péči. V zaměstnaneckém poměru platí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 9 % hrubé mzdy zaměstnance a zaměstnanec přispívá 4,5 % své hrubé mzdy. Skupinám, jež nemají vlastní příjem, platí pojištění stát (děti až do ukončení přípravy na budoucí povolání, důchodci, uživatelé starobního důchodu, nezaměstnaní, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti pečující o malé děti apod.). Výše tohoto pojistného je dána zákonem 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v aktuálním znění a určena jako 13,5 % ze stanovené částky 5 355 Kč za kalendářní měsíc. Danou částku může vláda změnit vždy do 30. června svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu následujícího roku. Jak uvádí Krebs (2010), tento systém z části posiluje tržní prvky, jako je motivace všech zúčastněných v systému zdravotnictví k plnění svých rolí, ale zároveň zvyšuje poptávku po regulačních mechanismech, kompenzujících rozdíly potřeb a nerovností, přirozeně vznikajících při poskytování zdravotních služeb a péče. V minulosti bylo využívání zdravotních služeb pouze soukromou záležitostí a solidarita spočívala výhradně v autentické podobě. Dnes je klíčovou vlastností veřejného zdravotního pojištění jeho povinná účast. Vyloučením určité sociální skupiny ze systému povinného zdravotního pojištění se snižuje úroveň solidarity. Povinnost plateb a jejich stanovení procentem z příjmů je zdůrazňována jako základní prvek veřejného zdravotního pojištění. V podstatě umožňuje existenci garantovaného systému zdravotní péče spolu s definovatelností nároků jednotlivých účastníků, a brání tak selekci rizik. Spolu s regulací poskytovatelů zdravotní péče eliminuje riziko např. informační asymetrie nebo morálního hazardu, které vznikají v případě soukromého pojištění. Mezi základní vlastnosti veřejného zdravotního pojištění patří:

- volný vstup do systému,
- neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výší pojistného,
- čerpání péče podle objektivní potřeby a zdravotního stavu,
- vazba příjmů a výdajů zdravotních pojištěneců na národohospodářské veličiny.

Zdravotní pojištění vzniká:

- narozením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- získání trvalého pobytu na území České republiky,
- vznikem zaměstnaneckého vztahu osoby bez trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- ukončením zaměstnaneckého poměru osoby bez trvalého pobytu na území České republiky,
- ukončením trvalého pobytu na území České republiky.

Informační asymetrie a morální hazard ve vztahu k zdravotnímu pojištění

Na trhu zdravotnických služeb, jako i v jiných sektorech, dochází k informační asymetrii mezi pacienty a poskytovateli. Pacienti často dostávají nedostatečné informace týkající se jejich diagnózy, dostupné péče, očekávaných výsledků a také cen účtovaných ostatními poskytovateli (Folland, 2009). Pacienti nejsou schopni odhadnout náklady, které jsou s potřebnou péčí spojené, rovněž neumí predikovat svůj zdravotní stav a potřebu zdravotní péče v budoucnu. V čistě tržním zdravotnickém systému se může stát, že pokud si spotřebitel nevytvoří dostatečné finanční rezervy na budoucí výdaje, tak mu nebude umožněn přístup ke spotřebě potřebných zdravotních služeb. Informační převaha poskytovatele má za následek selhávání mechanismu cenové tvorby na trhu zdravotnických služeb. Přes veškeré vládní snahy podpořit informovanost veřejnosti je uplatnění trhu jako alokačního mechanismu značně omezeno. Tento faktor nejistoty zastává významnou roli také na straně nabídky na trhu zdravotnických služeb (Durdisová, 2005).

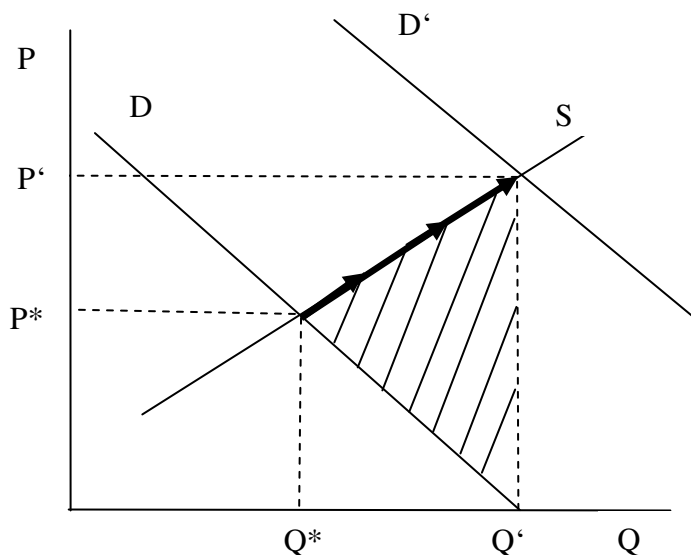
Nedostatečné informace mají za důsledek nárůst soudních sporů o nedostatečnou péči poskytnutou ze strany lékařů. Je proto potřebné, se pokusit tuto asymetrii v daném sektoru omezit. Stát může přispět k šíření informací veřejnosti prostřednictvím podpory aktivit soukromého sektoru nebo jejich přímého poskytnutí. Dále může vláda rozšířit zásobu znalostí převzetím aktivní role ve vědeckém výzkumu, rovněž přímým poskytnutím prostředků nebo podporou výzkumu v soukromém sektoru (Folland, 2009). Informační převahu poskytovatelů zdravotní péče vlády většinou řeší nastavením předpisů o podávání léků pacientům a udělováním licencí lékařům (Stiglitz, 1997).

Morální hazard patří k problémům, které se dotýkají zdravotního pojištění tím, že zvyšují náklady na zdravotní péči. Morální hazard se vyskytuje převážně v situacích, kdy může samotný pojištěnec ovlivnit události následně vedoucí k platbě od pojišťovny. Příkladem může být situace, kdy je přímá úhrada nebo platba na zdravotní pojištění příliš nízká a nemotivuje pacienta svou hodnotou ke snaze předcházet zdravotním problémům a vyhnout se tak potřebné zdravotní péči. Zdravotní pojišťovna se při tom nachází v situaci, kdy má dopředu pouze omezený rozsah a množství informací o budoucím chování pojištěnce a jeho zdravotním stavu (Zweifel, 2009).

V případě sociálně tržní ekonomiky je možné najít morální hazard jak na straně poptávky tak i nabídky, např. lékaři motivovaní k vykazování co nejvyšší aktivity díky nastavení způsobu odměn závislém na výkonu práce. Motivace k morálnímu hazardu ze strany pacientů i poskytovatelů zdravotní péče vede k vysoké produkci a spotřebě zdravotní péče a následně k neustále se navyšujícím výdajům na zdravotnictví.

Neefektivnost plynoucí z motivace k vyšší spotřebě a zároveň k nižší kontrole nákladů ilustruje obrázek 2.3.

Obr. 2.3 Motivace k nárůstu spotřeby zdravotnických služeb způsobená zdravotním pojištěním



Zdroj: Holcombe (2005), vlastní úprava.

Průsečík nabídky a poptávky zdravotnických služeb prezentuje optimální velikost služeb v bodech Q^* a P^* . Výsledkem nedostatečné motivace ke kontrole nákladů je poskytování zdravotnických služeb, dokud je po nich stále poptávka, jak znázorňuje posun

křivky D na křivku D'. Tato situace vede k poskytování množství služeb v bodě Q' při ceně P'. V daném bodě je množství poskytované zdravotní péče neefektivně velké. Sociální náklady z nadprodukce zdravotnických služeb jsou vyjádřeny šrafováním mezi nabídkovou a poptávkovou křivkou. Zvyšování nákladů je důsledkem nadprodukce zdravotnické péče, tzn. preference poskytování zdravotní péče na úrovni Q' před optimální velikost zdravotní péče Q*.

Tato skutečnost vede k přesunům nadměrných nákladů produkce služeb medicíny na pacienty se zdravotním pojištěním ve formě vyššího pojistného. Zdravotní pojištění se tak stává neustále dražším. Pojištěnec tedy vyžaduje na základě vyšších výdajů lepší standard péče (Holcombe, 2005).

Nedokonalé informace vedou dále k tomu, že pojišťovny více riskují a nechají pacienta zakoupit si zdravotní pojištění i v případě, kdy pacient očekává, že v budoucnu onemocní, nebo je nemocen v době uzavření pojištění. Jedná se o nepříznivý výběr. Pojišťovny jsou nuceny získávat co nejvíce informací o klientově zdravotním stavu a následně mu nastavit pojištění odpovídající jeho zdravotnímu stavu nebo i jeho pojištění odmítnout. To vede v podmínkách volného trhu k tomu, že si zdravotní pojištění nemůže dovolit každý člověk, většinou se pak jedná právě o ty, kteří zdravotní péči nejvíce potřebují (Folland, 2009).

Ve snaze omezit asymetrické informace a zajistit kvalitu služeb může stát vydávat licence či certifikace lékařským zařízením a lékařskému personálu, a umožnit tak pojištěncům snazší orientaci ve zdravotnických službách. Dalším možným řešením nepříznivého výběru je rozšíření skupin pojištěnců, jimž bude počítána výše pojistného nezávisle na riziku. Tímto krokem však může dojít k současnému zdražení pojištění pro zákazníky s menším rizikem onemocnění. Systém veřejného pojištění řeší tento problém nezávislostí výše pojistného na zdravotním stavu a stanovením jednotné sazby celé populaci (Zweifel, 2009).

Fond zdravotního pojištění

Fond zdravotního pojištění je oddělen od státního rozpočtu a je spravován veřejnými zdravotními pojišťovnami, které jsou odpovědné za efektivní alokaci prostředků fondu. Aktivní plátcí zdravotního pojištění pokryjí svým příspěvkem bezmála 76 % všech výdajů veřejného zdravotního pojištění, při tom však spotřebují jen 40 % výdajů zdravotního pojištění. Na druhé straně zdravotní pojištění placené státem pro určité kategorie osob je vlastně pouze dotací regulující objem prostředků ve fondu veřejného zdravotního pojištění,

a není tak plnohodnotným pojištěním, které by pokrylo celé náklady zdravotní péče. Je tedy patrné, že zdravotní pojištění aktivních plátců je velmi vysoké a převyšuje úhrady jejich zdravotní péče a přebytky jsou využity k dorovnání nákladů neaktivních skupin pojištěnců. Úhrada státu za pojištěnce pro rok 2011 byla stanovena ve výši 723 Kč. Při roční platbě se jedná o částku 8 676 Kč. Průměrné roční příjmy za jednoho pojištěnce přitom dosáhly v roce 2011 částky 21 203 Kč. Z předchozího jasně vyplývá skutečnost, že pokud by stát platil plnohodnotné pojistné za skupiny nevýdělečně činné, platil by nejméně dvakrát více než doposud (MF ČR, 2012b).

Veřejné zdravotní pojištění spolu s dalšími veřejnými prostředky pokrývají zhruba 90 % výdajů na zdravotní péči a omezují svou výší prostor pro privátní zdravotní pojištění. Pacienti ztrácí o privátní zdravotní pojištění zájem vzhledem ke skutečnosti, že na pokrytí téměř veškeré potřebné zdravotní péče stačí veřejné zdravotní pojištění.

V tabulce 2.3 je uvedeno srovnání mezi soukromým a komerčním zdravotním pojištěním.

Tab. 2.3 Srovnání veřejného a komerčního zdravotního pojištění

	Veřejné zdravotní pojištění	Komerční zdravotní pojištění
Stanovení pojistného	jako procento z (pracovního) příjmu pojištěnce, jednotně pro všechny pojištěnce určitého fondu	stanoveno na základě rizika klienta (zdravotní stav, pohlaví, bonita) a rozsahu pojistného plnění sjednaného ve smlouvě
Vývoj výše pojistného	výše pojistného má těsnou vazbu na národohospodářské veličiny, zejména na vývoj mezd	výše pojistného souvisí s riziky populace, ochotou a možnostmi klientů se pojišťovat
Rozsah plnění	hradí péči, která je zakotvena v zákoně – pro všechny pojištěnce jednotně	hradí péči, která je upravena v pojistné smlouvě – individuálně pro klienta nebo skupinu klientů
Účast na pojištění	pojištění je povinné pro všechny osoby vymezené v zákoně	existence pojištění je výsledkem dobrovolné interakce obou smluvních stran, neexistuje povinnost pojistit ani být pojištěn
Stanovení spoluúčasti	spoluúčast je stanovena na základě sociálně-ekonomických kritérií	spoluúčast je stanovena individuálně v parametrech pojistné smlouvy

Zdroj: Krebs (2010).

2.8 Postavení a úloha zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. K zahájení činnosti zdravotní pojišťovny je zapotřebí povolení Ministerstva zdravotnictví a minimální počet pojištěnců, který je nutno získat během prvního roku (min. 50 000 tis.). Zdravotní pojišťovny jsou povinny předkládat Ministerstvu zdravotnictví zdravotně pojistný plán, výroční zprávu a účetní uzávěrku. Tyto dokumenty jsou následně schvalovány vládou ČR, v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny i Poslaneckou sněmovnou. Tím je zaručena veřejná kontrola hospodaření se svěřenými veřejnými prostředky. Opakované neschválení zdravotně pojistného plánu nebo výroční zprávy má za následek zrušení zdravotní pojišťovny. Organizačně je nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny správní rada. Nejvyšším kontrolním orgánem je dozorčí rada. Ve zdravotních pojišťovnách je zřizován také rozhodčí orgán, který rozhoduje v záležitostech placení sporného pojistného, v otázkách penále, záloh na pojistném atd.

Hospodaření zdravotních pojišťoven se provádí prostřednictvím fondů:

- základní fond,
- rezervní fond,
- provozní fond,
- sociální fond,
- fond dlouhodobého majetku,
- fond reprodukce dlouhodobého majetku,
- fond prevence.

Pojištěnec má právo zdravotní pojišťovnu změnit jedenkrát za rok, a to vždy k prvnímu dni nového čtvrtletí (zákon č. 48/1997 Sb. v platném znění, § 11 odst. 1 písm. a). V případě změny je nutné vyplnit evidenční list osobně nebo pomocí on-line formuláře na internetových stránkách vybrané pojišťovny. Narozené děti se stávají pojištěnci zdravotní pojišťovny, u nichž je pojištěncem matka. Nutností je nahlášení dítěte u zdravotní pojišťovny do 8 dnů od narození (zákon č. 48/1997 Sb. v platném znění, § 10 odst. 6). U nezletilých a osob, které nemají způsobilost k právním úkonům, volí zdravotní pojišťovnu rodiče, zákonný zástupce nebo opatrovník. V České republice platí zásada pojištění u jedné zdravotní

pojišťovny. Pojištěnec se prokazuje průkazem, který obdrží bezplatně od zdravotní pojišťovny (zákon č. 48/1997 Sb. v platném znění, § 12 povinnosti pojištěnce).

K datu 10. 1. 2013 se nachází v ČR tyto zdravotní pojišťovny:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 211 Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

2.9 Zdroje informací o zdravotnictví

Zdroje informací o zdravotnictví v ČR tvoří především systém národních účtů (dále též SNÚ) a systém zdravotnických účtů (dále též ICHA), který vychází z metodiky SNÚ.

Národní účty představují úplný a uzavřený systém účtů, v němž jsou stavové a tokové veličiny uspořádány způsobem, který komplexně charakterizuje ekonomický cyklus od tvorby důchodu přes jejich rozdělení a přerozdělení až k jeho akumulaci ve formě finančních a nefinančních aktiv. Zachycují veškeré materiální, důchodové a peněžní toky mezi ekonomickými subjekty uvnitř národní ekonomiky a ve vztahu k zahraničí a současně také dopady těchto toků. Systém je založen na posloupnosti navazujících účtů, jež jsou dle povahy seskupeny do tří kategorií: běžné účty, akumulární účty a rozvahy. Jednou z jeho mnoha výhod je návaznost na některé další statistické systémy, jako je např. platební bilance, statistika veřejných financí, domácností apod. (ČSÚ, 2012a).

Jak uvádí Spěváček (2012), národní účty sestavuje většina zemí světa, přičemž nejrozvinutější podoby nabývají v rámci zemí OECD (dále také Organisation for Economic Co-operation and Development). SNÚ nabývá na významu při monitorování chování ekonomiky, makroekonomické analýze, tvorbě hospodářské politiky, mezinárodní komparaci nebo makroekonomickém modelování.

První standardizovaný systém národních účtů byl vytvořen pod záštitou OSN na počátku 50. let. Obsahoval 6 standardních účtů, které se vztahovaly k výrobě, rozdělení, akumulaci a vnějším transakcím u tří základních sektorů, kterými byly podniky, domácnosti

a soukromé neziskové instituce a vládní sektor (Spěváček, 2012). V průběhu let byl tento systém modifikován až do současné podoby. Za spolupráce OSN, Komise evropských společností, Mezinárodního měnového fondu, OECD a Světové banky vznikl komplexní systém System of National Accounts 1993 (dále též SNA 1993) umožňující porovnání jednotlivých národních účtů a ekonomických ukazatelů všech zemí, které využijí jeho metodiku. V rámci Evropské unie vznikl systém ESA 1995 (The European System of Accounts 1995), který je jakousi modifikací SNA 1993. Daný evropský systém je platný až do roku 2014, odkdy začnou státy používat systém ESA 2010, jenž dále rozšiřuje a zpřesňuje systém ESA 1995.

Některá data ze SNÚ je možné využít při sestavování ICHA. Dále se nabízí možnost jednotlivá data srovnávat v obou systémech mezi sebou a na mezinárodní úrovni. Státům se tak nabízí možnost srovnání např. jednotlivých příjmů a výdajů ve zdravotnictví a dalších sférách. Za účelem detailnějšího rozboru zdravotnických systémů byl vytvořen systém zdravotnických účtů. Analýza uvedeného systému je nezbytná k pochopení aplikační části práce, ve které jsou využita data vycházející z údajů ICHA i SNÚ.

Systém zdravotnických účtů

Systém zdravotnických účtů (dále též ICHA) je podle OECD (2004) nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů na zdravotní péči (na zdravotnictví) v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je vícerozměrné členění výdajů. Mezi hlavní rozměry patří:

- funkce (druh) poskytované zdravotní péče (ICHA – HC),
- typ poskytovatele (ICHA – HP),
- konečný zdroj financování (ICHA – HF).

Kombinace těchto rozměrů přináší detailnější a propracovanější pohled na výdaje na zdravotní péči, např. výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele, výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdroje financování nebo výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování.

V rámci ČR bylo obtížné se přizpůsobit mezinárodní klasifikaci ICHA dle OECD vzhledem k odlišnému vymezení předmětu sledování. Výdaje na zdravotnictví jsou z pohledu OECD pojímány mnohem komplexněji než v ČR.

Pro potřeby této práce je důležitý především rozměr klasifikace podle konečných zdrojů financování (ICHA – HF). Český statistický úřad (dále též ČSÚ) je dělí na následující tři skupiny, mezi které se řadí zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti.

V ČR zastávají klíčové postavení zdravotní pojišťovny, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění). V zásadě lze říci, že zdravotní pojišťovny kryjí většinu výdajů na zdravotní péči, ostatní zdroje financování mají spíše doplňkovou úlohu.

Veřejné rozpočty, ať již místní, nebo centrální, financují převážně specifické činnosti, které nejsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se především o výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic a částečně výdaje na investiční projekty. Z veřejných rozpočtů je rovněž hrazen provoz státních zdravotních institucí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Státní zdravotní ústav, Státní ústav pro kontrolu léčiv nebo Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

Přímé výdaje domácností lze rovněž brát jako doplňkový zdroj financování s tendencí k rostoucímu významu. Patří sem zejména platby za léky, prostředky zdravotnické techniky, platby za nadstandardní služby, potvrzení nebo lázeňské pobyty.

Existují i další subjekty podílející se na financování zdravotní péče, ovšem jejich podíl na financování není tak vysoký. Jednotlivé typy subjektů jsou uvedeny v tabulce 2.4.

Tab. 2.4 Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů – podle zdroje financování

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (zdroj financování)		
ICHA - HF	ICHA – Zdroj financování	Zkratka
1	Vládní instituce	1 Vládní instituce
1.1	Vládní instituce kromě fondů sociálního zabezpečení (veřejné rozpočty)	1.1 Veřejné rozpočty
1.1.1	Ústřední vládní instituce	1.1.1 Centrální rozpočty
1.1.2	Národní vládní instituce	1.1.2 Národní rozpočty
1.1.3	Místní vládní instituce	1.1.3 Místní rozpočty
1.2	Fondy sociálního zabezpečení (zdrav. pojišťovny)	1.2 Zdravotní pojišťovny
2	Soukromý sektor	2 Soukromý sektor
2.1	Soukromé sociální zabezpečení	2.1 Soukromé SZ
2.2	Ostatní soukromé pojištění	2.2 Ostatní soukromé pojištění
2.3	Přímé výdaje soukromých domácností	2.3 Domácnosti
2.4	Neziskové instituce sloužící domácnostem (jiné než sociální pojišťovny)	2.4 NISD
2.5	Korporace (jiné než zdravotní pojišťovny)	2.5 Korporace

Zdroj: ČSÚ (2012b).

Klasifikace podle druhů zdravotní péče (ICHA – HC) vymezuje hranice pro sledování výdajů na zdravotnictví. Dle definice zdravotní péče v systému zdravotnických účtů jak ji popisuje ČSÚ (2012b), je péče prováděna akreditovanými institucemi a jednotlivci, kteří mají za cíl:

- podporu zdraví a prevence onemocnění,
- léčení nemocí a snižování předčasné úmrtnosti,
- péči o osoby s chronickými nemocemi, které potřebují ošetrovatelskou péči,
- péči o osoby se zdravotním postižením, invalidy a handicapované, kteří potřebují ošetrovatelskou péči,
- asistenci pacientům při důstojném umírání,
- zabezpečování a řízení veřejného zdravotnictví,
- zabezpečování a řízení zdravotnických programů, zdravotního pojištění a jiných opatření finanční povahy.

Zdravotní péče se dále dělí na osobní služby zdravotní péče poskytované jednotlivým pacientům a kolektivní služby zdravotní péče především preventivního charakteru. V rámci dalšího dělení lze dále odlišit jednotlivé činnosti související se zdravotnictvím např. věda a výzkum, vzdělávání zdravotnického personálu, činnost hygienických pracovišť apod.

Jednotlivé služby zdravotní péče lze rozdělit na léčebnou, dlouhodobou a rehabilitační péči. Ty se dále člení na péči lůžkovou, denní, ambulantní a domácí. Mezi podpůrné služby se pak řadí diagnostika, laboratoře, doprava, záchranné služby. Do specifické kategorie je možné zařadit podpůrné služby a prevenci. V příloze 2 je uvedena tabulka s přehledným dělením jednotlivých péčí a vynaložených nákladů od roku 2000 do roku 2010.

Klasifikace podle poskytovatelů zdravotní péče (ICHA – HP) jak je popisuje ČSÚ (2012b), zahrnuje primární a sekundární producenty zdravotní péče. Primární producenti poskytují jednotlivé služby zdravotní péče, lze je souhrnně označit jako zdravotnická zařízení. Sekundární producenti mají výkon zdravotní péče jako vedlejší činnost. Jako příklad může sloužit zařízení sociální péče poskytující především sociální služby a jako vedlejší produkt služby ošetrovatelské zdravotní péče. Do klasifikace jsou rovněž zařazena nezdravotnická zařízení, např. již zmiňované zařízení sociální péče nebo instituce státní správy a zdravotní pojišťovny. Do specifické kategorie spadají podniky a domácnosti. V případě, že je pod jedním zdravotnickým subjektem zařazeno více zařízení, pak všechna tato zařízení automaticky přejímají typ poskytovatele nadřazeného právního subjektu. Podrobnější klasifikace ICHA – HP je uvedena v příloze 2, zároveň s výší výdajů podle poskytovatelů zdravotní péče za rok 2000 až 2012. Důsledným oddělením druhu péče a poskytovatele zdravotní péče vznikl přehlednější náhled na celou strukturu zdravotnictví, především v systému nemocnic.

2.10 Dílčí shrnutí kapitoly

„Zdravotnický systém můžeme definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče“ (Krebs, 2010). Na problematiku zdravotní péče je třeba nahlížet komplexně a celospolečensky, jelikož jsou do její tvorby zapojeny všechny ekonomické a společenské subjekty, které mají jakýkoliv vliv na zdraví obyvatelstva. Ekonomické pojetí zdravotní péče je pouze jedním z mnoha možných konceptů v rámci problematiky zdravotní péče, pro potřeby této práce je nicméně postačující.

Následující kapitola diplomové práce se zabývá jednotlivými modely financování zdravotní péče obecně a následně jejich aplikací na situaci v ČR od doby vzniku samostatné České republiky až do současnosti. Dále jsou zde rozebrány toky a zdroje financování zdravotní péče a deficity systému veřejného zdravotního pojištění.

3 Financování zdravotnictví v České republice

V rámci financování zdravotní péče je nutno uspokojivě vyřešit otázky, jakým způsobem jsou tvořeny, spotřebovávány a alokovány finanční prostředky směřující do zdravotní péče a jak tyto prostředky následně spravedlivě a ekonomicky efektivně rozdělit do systému zdravotnických služeb. Dle Bartáka (2010) patří mezi základní funkce financování péče o zdraví výběr prostředků (příspěvků na veřejné či soukromé pojištění, výběr přímých plateb a spoluplateb nebo daní a poplatků), řízení rizika (rozložení rizika souvisejícího s náklady poskytované zdravotní péče na několik subjektů), nakupování péče o zdraví (nákup u poskytovatelů prostřednictvím státních institucí, pojišťoven apod.) a dále pak poskytování zdravotnických služeb (ve vlastním systému zdravotnických zařízení, ve smluvních zařízeních).

Výběr prostředků je možné seskupovat různě. V systému veřejného zdravotního pojištění přispívají na pojistné zpravidla zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát. Dané pojištění bývá pro občany státu povinné s vymahatelnými sankcemi za neplacení a je vybíráno jednou nebo

i více institucemi. Soukromé zdravotní pojištění platí pojištěnci zdravotní pojišťovně na základě výměru pojistného, zaměstnavatel zde přispívá pouze formou rozličných pracovních premií a benefitů. Je-li tento výběr uskutečněn v systému s dominancí financování z daňových výnosů, je výběr prostředků na zdravotní péči součástí výběru všeobecných nebo specifických daní. V případě systému s dominancí přímých plateb poskytovatelům, jsou dané platby vybírány od pacienta při poskytnutí zdravotní péče.

Řízení rizika má za úkol ochránit jednotlivce před nadměrnými výdaji za péči. Riziko lze v systému řídit podle pohlaví, věku, ve veřejných systémech prostřednictvím principu solidarity (zdravý/nemocný, ekonom. aktivní / ekonom. neaktivní), kdy je riziko rozděleno mezi veškeré pojišťovny a jejich pojištěnce. V systému financovaného z daňových výnosů je riziko rozděleno např. v regionech. Soukromé zdravotní pojištění uplatňuje dělení rizika pouze jen v rámci pojistného kmene dané zdravotní pojišťovny.

Nakupování péče je uskutečňováno prostřednictvím organizací vybírajících příspěvky přímo⁶ nebo smluvních vztahů⁷ s poskytovateli zdravotnických služeb, přičemž ceny jsou nastaveny fixně nebo jako maximální možné. Nakupování péče je realizováno na území celého státu, regionu nebo třeba nemocnice. Jednotlivé zdravotnické systémy jsou rozděleny podle rozsahu služeb, které poskytují. Systémy soukromého pojištění mohou mít omezený rozsah volby pojištěnce např. na jedno zařízení nebo určitý druh služeb. Nakupování péče proto musí řešit otázku svobodné volby poskytovatele. V některých systémech je toto rozhodnutí ošetřeno např. nutností navštívit praktického lékaře, který klienta dále doporučí potřebným specialistům.

Poskytování péče o zdraví je projekcí organizace a způsobu platby za zdravotnické služby daného státu. V systémech financovaných z daňových výnosů bývá péče zajišťována státem. Systémy veřejného zdravotního pojištění poskytují služby pomocí sítě smluvních zařízení a zdravotníků za předem stanovených podmínek, v systémech soukromého zdravotního pojištění je péče poskytována v podmínkách konkurence.

3.1 Modely zdravotnických systémů

Existuje několik základních modelů financování zdravotní péče lišících se dle předpokladů uvedených výše v textu. V praxi se v daném státu vyskytuje jeden model jako hlavní, doplněný dalšími typy. Příkladem může být situace, kdy je systém soukromého pojištění doplněn o veřejné programy dotované z daňových výnosů určené pro sociálně slabší skupiny obyvatel, nebo naopak systém veřejný financovaný z daňových výnosů doplněný o soukromé zdravotní pojištění zakládající nárok na nadstandardní služby či péči v zahraničí. Z dlouhodobého hlediska se přístup a využití jednotlivých modelů mění i vzhledem k technologickému rozvoji a nutnosti nalézt dodatečné zdroje financování. Modely jsou popsány podle Bartáka (2010), Bayarsaikhana (2007) a podle OECD (2004), která definuje modely financování zdravotní péče jako veřejně integrované, veřejných kontraktů a soukromých pojišťoven. Jedná se o modely s dominantním prvkem a dalšími prvky, jež se v závislosti na ekonomickém vývoji časem mění stejně jako prvek dominantní. Jednotlivé dělení modelů na sebe často navazuje, doplňuje se nebo dokonce překrývá.

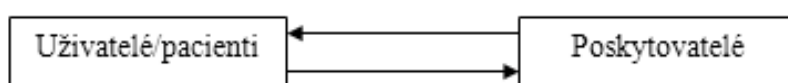
⁶ Např. soukromé zdravotnické zařízení, které vybere finanční hotovost za zákrok přímo od klienta.

⁷ Např. v systému veřejného zdravotního pojištění poskytne lékař klientovi zdravotní péči a platbu za ni obdrží, podle již uzavřených smluvních podmínek, od zdravotní pojišťovny.

Systém přímých úhrad

Systém přímých úhrad je historicky nejstarším modelem. Jako takový je založen na přímých úhradách služeb pacienty, ať už ve formě finanční, nebo naturální. Forma přímých úhrad je velmi náročná na výdaje pacienta, který musí disponovat značným rozsahem úspor, finanční podporou rodiny nebo možností půjčky v případě, že potřebuje poskytnout jinou než základní lékařskou péči. Pacient se tak může dostat do situace, kdy si nemůže potřebnou péči dovolit. Tento systém je rozšířen v méně rozvinutých zemích, např. afrických.

Obr. 3.1 Vztahy mezi poskytovateli a pacienty v systému přímých úhrad

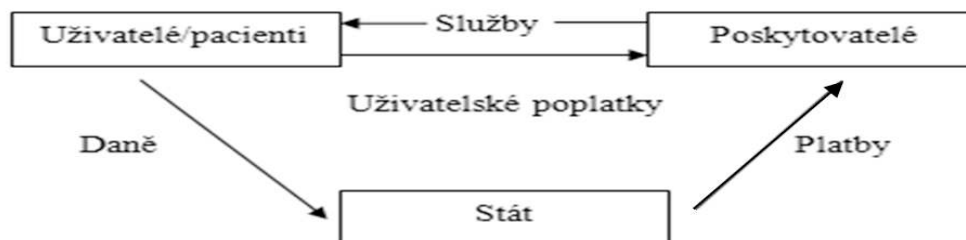


Zdroj: Barták (2010).

Financování z daňových výnosů

V rámci modelu využívajícího financování z daňových výnosů odvádí občané daně, ze kterých je následně financováno poskytování zdravotní péče. Jedná se o přímé i nepřímé daně. Stát může mít rovněž stanovenou speciální zdravotní daň odváděnou předem stanoveným procentem z určitého daňového výnosu. Zdravotní péče je nakupována vládou od veřejných nebo soukromých poskytovatelů. Tento způsob do určité míry omezuje finanční zdroje díky závislosti na daňovém výnosu.

Obr. 3.2 Vztahy v rámci financování z daňových systémů



Zdroj: Barták (2010).

Modely veřejných kontraktů

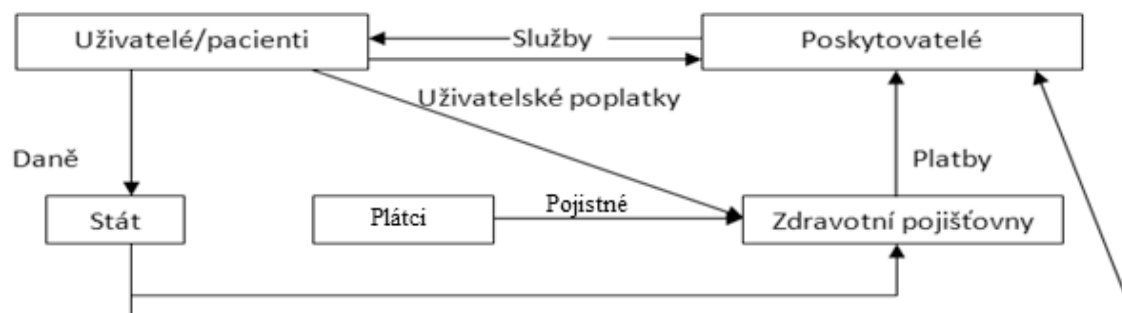
Modely veřejných kontraktů jsou specifické uzavíráním kontraktů mezi veřejnými plátcí a soukromými poskytovateli zdravotní péče. Do role plátců se zde dostávají fondy sociálního zabezpečení nebo státní agentury. Ty mají lepší vyjednávací pozici vůči poskytovatelům služeb a zároveň jsou schopny eliminovat velikost administrativních nákladů na nižší úroveň, než by tomu bylo v případě více subjektů na straně poptávajících. Jsou také více citlivé k potřebám pacientů než systémy integrované, ale na druhé straně zde existuje nutnost dodatečných regulací a kontrol ze strany správních orgánů vzhledem k dodržení udržitelné výše nákladů na péči.

Veřejně integrované modely – Veřejné zdravotní pojištění

Veřejně integrované modely jsou kombinací rozpočtového financování a poskytování zdravotní péče v nemocnicích spadajících pod veřejný sektor. Vycházejí ze spojení financování a poskytování péče a jsou řízeny jako jeden z vládních resortů. Zdravotnický personál je tak zařazen mezi státní zaměstnance s určitými výjimkami. V tomto systému lze korigovat rozpočet a snižovat míru nákladů, naopak je obtížné v něm udržet potřebnou úroveň kvality, efektivnosti nebo přizpůsobivosti potřebám pacienta.

Veřejné zdravotní pojištění je forma financování obvykle povinná pro všechny obyvatele daného státu. Příspěvky jsou placeny zaměstnanci, zaměstnavateli nebo státem (za ekonomicky neaktivní skupiny obyvatel). V systému může existovat jediná zdravotní pojišťovna, která disponuje penězi vybranými na pojištění, nebo zde může uplatňovat pluralitní uspořádání. Pojišťovnu si pojištěnec buď volí svobodně, nebo mu je přidělena např. na základě regionu, profese apod. Stropy pojistného jsou legislativně dány, v rámci systému tak dochází k solidárnímu přerozdělování vybraných prostředků mezi jednotlivé skupiny pojištěnců.

Obr. 3.3 Vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění



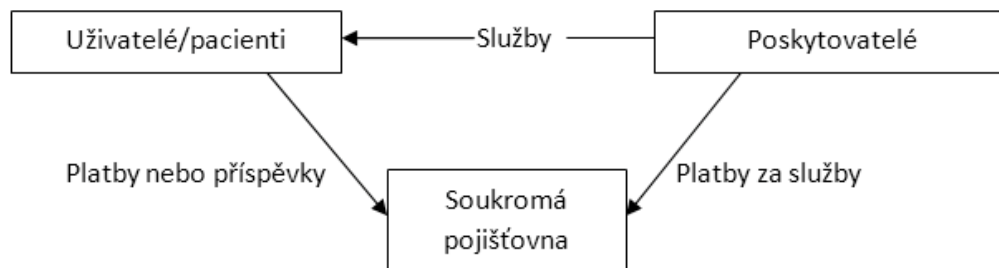
Zdroj: Barták (2010), vlastní úprava.

Model soukromých pojišťoven – Soukromé zdravotní pojištění

Tento model je kombinací soukromých poskytovatelů a soukromého pojištění, které je buď povinné, nebo nepovinné. Soukromé pojištění není schopno zajistit všem potřebnou zdravotnickou péči, některé subjekty činí dokonce nepojistitelnými. Důvodem je stanovení výše pojistného na základě zdravotního stavu nebo věku pojištěnce apod. Vyznačuje se vysokou mírou citlivosti na potřeby pacienta a značným rozsahem služeb. To má za následek růst nákladů a nedostatečné způsoby jejich kontroly.

Soukromé zdravotní pojištění je založeno na kalkulaci zdravotních rizik pacienta zdravotní pojišťovnou na základě posudku zdravotního stavu a naděje na dožití pacienta. Tato forma ve své čisté podobě znemožňuje možnost pojištění potřebným, tzn. sociálně slabým a těžce nemocným pacientům, kteří musí být např. ze zákona pojištěni, avšak nejsou schopni pojistné platit. Ve své čisté formě se proto často nevyskytuje. Soukromé pojištění bývá sjednáno na základě kolektivních smluv zaměstnavatele, který následně toto pojištění hradí nebo na něj přispívá. V praxi se lze setkat se ziskovým i neziskovým principem soukromého zdravotního pojištění.

Obr. 3.4 Vztahy v rámci soukromého zdravotního pojištění



Zdroj: Barták (2010).

Spořicí účty

Jedná se o soukromé spořicí účty, přičemž prostředky na těchto účtech musí být vynaloženy pouze na nákup péče o zdraví nebo zdravotnických služeb. Mají za úkol podpořit úspory na nákladnou zdravotní péči pro pacienta, motivovat ke kontrole nákladů na péči a získávat dodatečné zdroje do zdravotnických systémů.

Financování prostřednictvím experimentálních přístupů

Experimentálních přístupů existuje mnoho druhů. Jejich účelem je získat dodatečné finanční zdroje pro systémy zdravotní péče, které vyžaduje rostoucí poptávka a zvyšující se výdaje na zdravotnictví vyvolané vznikem nových technologií. Na národní úrovni se jedná o partnerství veřejného a soukromého sektoru při financování péče o zdraví, výnosy ze státních loterií nebo využití výnosů z některých spotřebních daní (alkohol, tabák). Na mezinárodní úrovni se může jednat o mezinárodní finanční nástroj, jenž zahrnuje prodej speciálních vládních cenných papírů, partnerství veřejného a soukromého sektoru při vývoji nových produktů kapitálového trhu nebo využívání finančních derivátů k financování zdravotní péče. Skupina experimentálních přístupů je i nadále doplňována o další prvky v závislosti na technickém a ekonomickém rozvoji.

Česká republika se řadí k systémům s veřejným zdravotním pojištěním rozšířeným o možnost soukromého zdravotního připojištění. V rámci soukromého zdravotního pojištění uzavírá klient s pojišťovnou dohodu, jejíž podmínky a výše platby v jeho rozsahu jsou sjednány individuálně. Jedná se v podstatě o nadstandardní pojištění pro rizikové situace. V ČR převažuje systém veřejného zdravotního pojištění. Jeho podíl na trhu je zhruba 90 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Jako další doplňkový zdroj financování mohou být

brány rovněž přímé výdaje domácností. Přímé platby nabývají v současné situaci na významu. Mezi tyto výdaje patří především o platby za léky, prostředky zdravotnické techniky, platby za nadstandardní služby, potvrzení, nebo lázeňské pobyty.

3.2 Formování systému zdravotnictví v České republice po roce 1989

V době centralizovaného systému bylo zdravotnictví bráno jako ukázková forma centralizační moci socialistického státu. V procesu tvořícího se tržního prostředí pak přestalo být zdravotnictví ve své stávající formě do značné míry kompatibilní s nově vznikajícími potřebami ekonomických subjektů. Přizpůsobení novým okolnostem spočívalo ve snaze zachovat pozitivní prvky systému za předpokladu propojení vztahů ve zdravotnictví a jejich kompatibility s ostatními subjekty ekonomiky.

Formování systému financování zdravotní péče po osamostatnění České republiky podléhalo jako ostatní sektory procesu transformace, která měla za cíl zefektivnění prostředí pro další vývoj a rozvoj ekonomiky, stejně jako zvýšení kvality služeb apod. Při srovnání úspěchů procesu transformace v soukromém a veřejném sektoru je patrné koncepční i finanční zaostávání v sektoru veřejném oproti sektoru soukromému. Mezi další aspekty, s nimiž se musel veřejný sektor potýkat, patřily a stále patří nedostatečně efektivní poptávka po službách, které tato odvětví poskytují, nemožnost dostatečně monitorovat veřejné zájmy projevené v neefektivním fungování veřejného sektoru, vznik problémů z důvodů ekonomické neefektivnosti fungování veřejného sektoru spolu s neadekvátními mechanismy financování, které nemotivují zaměstnance ke vstupu a setrvání v sektoru a neměřitelnost úrovně a výkonu těchto služeb zejména v krátkodobém horizontu (WHO, 2000). Zdravotnictví se dostává do situace, kdy místo tvorby dlouhodobé politiky a strategie výhodné pro obě strany vzniká mocenský střet mezi aktéry, jejich zájmy a cíli a zároveň jsou cíle a výsledky ve zdravotnictví odsunuty stranou.

Cíle transformace zdravotnictví lze bodově vymezit, dle Bryndové et al. (2009), na zachování kvality systému v přístupu a dostupnosti zdravotnické péče, posílení individuální zodpovědnosti pacientů v léčbě a prevenci vlastního zdraví, zajištění odpovídajícího financování zdravotnictví v podmínkách nové tržní ekonomiky, privatizace stávajícího systému a nastavení norem pro existenci a fungování pluralitní struktury zdravotnických zařízení poskytujících péči financovanou z pojistných fondů.

Reálně byly kroky transformace zdravotnictví provedeny ve třech etapách, jak uvádí Durdisová a Mertl (2004), a to:

- transformací financování zdravotní péče, kdy byl podstatný vznik systému veřejného zdravotního pojištění a struktury úhrad zdravotní péče zdravotnickým zařízením,
- přeměnou centralizované struktury poskytovatelů zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních na pluralitní strukturu poskytovatelů závislou na veřejných zdrojích financování její činnosti,
- určením úlohy a postavení státu v nově zavedeném systému zdravotnictví.

V první fázi reformy na počátku devadesátých let se vláda zaměřila na financování zdravotní péče prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění s právně stanovenou spoluúčastí pacienta. Nutnost finanční spoluúčasti pacienta kompenzovala nově možnost vybrat si svobodně svého ošetřujícího lékaře, kterou byl nahrazen předchozí postup rozdělení pacientů dle příslušnosti k danému regionu. Pojištění se tedy stalo pro všechny subjekty povinné a vznikla nová síť zdravotních zařízení spolupracujících na smluvním základě se zdravotními pojišťovnami. Na tomto základě vznikla k roku 1992 Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále též VZP) a následně byl umožněn vznik dalším pojišťovnám, přičemž byla legislativně vymezena zákonná sazba pojištění. Dále bylo jako součást ústavního pořádku ČR uznáno právo na zdraví založené na principu solidarity a zahájena privatizace jednotlivých zdravotnických zařízení (WHO, 2000).

Legislativní změny byly zavedeny na základě zákona č. 160/1992 Sb., který umožňoval vznik soukromých zdravotnických zařízení a jejich provoz jakoukoli fyzickou nebo právnickou osobou na základě příslušného oprávnění. Tento postup následně zapříčinil nedostatek zdravotní péče v některých oblastech s neatraktivními výdělky a vynutil si následnou novelizaci v roce 1993. Podle nové právní úpravy mohly okresní úřady žádat zdravotnická zařízení o uzavření adekvátních smluv se zdravotními pojišťovnami s cílem zabezpečit potřebnou zdravotní péči. Celkové financování zdravotnictví bylo na základě zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a dále zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, vyňato ze státního rozpočtu a převedeno na veřejné zdravotní pojišťovny, respektive ze začátku na VZP, u které byli pojištěni všichni občané ČR a která rovněž spravovala finanční prostředky z veřejných zdrojů.

Zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, bylo následně občanům umožněno přejít k nově vznikajícím zdravotním

pojišťovnám, byť byla zprvu v důsledku vzniku převážně zaměstnaneckých pojišťoven svoboda rozhodnutí pojištěnce vybrat si pojišťovnu omezena. Následné legislativní úpravy tuto svobodu podpořily a začaly se rozvíjet konkurenční tlaky mezi jednotlivými pojišťovnami, které měly být zárukou dosažení efektivity na trhu zdravotní péče. Jednotlivé pojišťovny se z počátku zaměřily na klientelu dle profesních specifíků, jako zaměstnanecké pojišťovny, a v průběhu změn se zaměřily více na necenovou konkurenci v podobě preventivních programů, kdy si pojištěnci spíše než na základě kvality a dostupnosti zdravotnické péče garantované danou zdravotní pojišťovnou vybírají a mění pojišťovnu s ohledem na nabízené preventivní programy a balíčky odměn.

V další fázi datované mezi roky 1994 – 1997, dle WHO (2000), se především prudce zvýšil počet veřejných zdravotních pojišťoven doprovázený následnými problémy v jejich hospodaření. V návaznosti na tyto skutečnosti docházelo ke zvyšujícímu se přesunu pacientů mezi pojišťovnami. Vzniklo 27 pojišťoven a vláda byla nucena přistoupit k jejich konsolidaci nastavením pravidel týkajících se převážně posílení kontroly veřejného zájmu v pojišťovnách, zpřísnění podmínek pro vznik, zánik, likvidaci zdravotní pojišťovny a kontrolu jejich jednotlivých pojistných plánů. Byla ukončena privatizace ambulantní péče a vznikaly první soukromé nemocnice. S nárůstem privátních zařízení se pojí také růst nákladů na léky a zdravotní péči. Jednotlivá zdravotnická zařízení se začala úžeji specializovat a poskytovat kvalitnější služby a zároveň se snažila zkrátit dobu péče o jednoho pacienta. V důsledku specializace se snížila regionální dostupnost péče, především v regionech s neatraktivní klientelou.

Mezi hlavní proměnné ve vývoji zdravotnictví patřilo oddělení financování zdravotních a sociálních služeb, oddělení nemocenského pojištění od zdravotního pojištění a zároveň stanovení pravidel pro čerpání zdrojů z veřejného zdravotního pojištění.

Možnost realizace zisku ve zdravotnických zařízeních při současném příjmu veřejných prostředků financování vycházel z předpokladu vzniku konkurenčních mechanismů a efektivní alokace prostředků a jejich spotřeby. V praxi byla alokace a efektivita závislá na lékařských a morálních zásadách jednotlivých lékařů a chování jejich pacientů. Tato forma financování dávala prostor k morálnímu hazardu ze strany lékařů a zdravotnických zařízení. Zároveň podporovala snahu ze strany lékařů o ziskovost zařízení, byť se stát snažil, aby jednotlivá zařízení fungovala spíše na neziskovém principu. Snaha o ziskovost byla důsledkem financování podle výkonových parametrů a zároveň zapříčinila vysoký nárůst nákladů na zdravotnické služby.

Na základě těchto faktorů vyvstala nutnost změnit způsoby úhrad jednotlivých úkonů a zpřísnit kontroly hospodaření zdravotnických zařízení. Celkově tedy stabilizovat situaci ve zdravotnictví.

Třetí etapa v letech 1998 – 2007 byla specifická především dílčími změnami právního rámce, tzn. detailnějším vymezením struktury fondů zdravotních pojišťoven, reformami v systému úhrad, změnami v hodnotě bodu a novou koncepcí zdravotnictví.

Zásadní změnou bylo nahrazení zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který zajistil zdravotním pojišťovnám regulaci objemu péče ve smluvních zdravotnických zařízeních a oslabil roli státu při určování cen ve zdravotnictví. Mezi další změny se řadí restrukturalizace lůžkového fondu z akutních nemocničních lůžek na lůžka ošetrovatelská, větší orientace na nabídkovou stranu ve zdravotnictví, navýšení hodnoty bodu, přechod praktických lékařů na kapitačně výkonové platby⁸, omezení účelových fondů apod.

Dolanský (2008) popisuje, jak se měnily koncepce zdravotnictví podle jednotlivých ministrů. J. Stránský navrhoval zavést menší solidaritu, větší individualizace, převod části pojištění na komerční bázi nebo poskytování komerčního pojištění veřejnými zdravotními pojišťovnami. Tato koncepce byla orientována na poptávkovou regulaci zdravotní péče. Naopak koncepce ministra I. Davida, zaměřená na nabídkovou stranu, kalkulovala se situací, kdy by se zdravotní pojišťovny staly pouze organizačními složkami veřejnoprávní „správy zdravotního pojištění“. Dále se mělo zvýšit přerozdělení vybíraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a připravit pojišťovny k postupnému sloučení. Žádná z těchto koncepcí se nedočkala výraznější podpory, a proto nebyly nikdy převedeny do praxe.

V rámci veřejného zdravotního pojištění se začaly kumulovat finanční ztráty. V období let 1994 – 1998 se jednalo o 12,497 mld. Kč a v rámci naakumulovaného nevybraného pojistného o 10,26 mld. Kč, přibližně 65 % bylo obtížně vymahatelných. V návaznosti na stále se zhoršující situaci přistoupila vláda v roce 2001 k postoupení pohledávek zdravotních pojišťoven Konsolidační bance a zároveň zvýšila platby za skupiny osob, za něž hradí pojistné stát. Další podpora vedla k praktickým lékařům ve formě bonifikace, což vedlo k efektivnějšímu využití finančních prostředků při léčbě (ÚZIS, 2001).

⁸Dvosložkový způsob úhrady – „kapitace“ za počet registrovaných pojištěnců (pacientů) + „jednotlivé výkony mimo kapitaci“ podle všeobecně platných podmínek danou skupinu lékařů. Kapitací se rozumí paušální měsíční platba za 1 registrovaného pacienta (pojištěnce) bez ohledu na počet návštěv v daném měsíci stanovena na základě indexu (Konečná, 2010).

Následný vývoj, jak jej vidí Bryndová et al. (2009), byl zaměřen na implementaci světových trendů v oblasti zdravotnictví především v oblasti podpory prevence, posílení vlivu a rozsahu primární zdravotní péče a omezování nemocničních lůžek. Po vstupu do Evropské unie v roce 2004 se změnilo přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, z původního přerozdělování podle počtu pojištěnců, za které platí pojištění stát, ve dvou věkových skupinách do 60 a nad 60 let věku, na rozdělení vycházející z indexu nákladovosti jednotlivých skupin pojištěnců podle pohlaví a věku. Zároveň byla v rámci nákladné zdravotní péče rozdělena rizika mezi pojišťovny, aby se dosáhlo vyšší pojistitelnosti rizikových skupin.

Rok 2008 byl významný především zavedením regulačních poplatků a doplatků, viz kapitola 2.5 a příloha 1. Regulační poplatky vyvolaly řadu rozporuplných názorů, nicméně již v prvním roce působení v roce 2008 přineslo jejich inkaso více než 5 mld. Kč do zdravotnických zařízení.

Od roku 2009 se Česká republika potýká s celosvětovou finanční krizí. Situace v hospodářství České republiky ovlivňuje rovněž financování zdravotní péče. Makroekonomické ukazatele, jakým je například míra nezaměstnanosti, negativně ovlivňují příjmy zdravotních pojišťoven, jež se mohou následně ocitnout ve stavu platební neschopnosti.

3.3 Toky a zdroje financování zdravotní péče

Současná ekonomická situace ve zdravotnictví vede k nutnosti stále podrobněji sledovat finanční toky, zvláště ty, které se týkají veřejných prostředků. Jednotlivá odvětví ekonomiky ČR jsou financována, jak uvádí Peková (2012), prostřednictvím státního rozpočtu. Financování zdravotní péče se z tohoto systému oddělilo v roce 1993, kdy bylo zavedeno všeobecné nebo také veřejné zdravotní pojištění. Nutnou podmínkou k možnosti poskytování zdravotní péče je existence zdrojů nezbytných k jejímu financování. Ty se v ČR dělí na:

- státní rozpočet – část daňových výnosů,
- výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od státu, zaměstnavatelů a zaměstnanců,
- přímé platby od ošetřených pacientů,
- kombinace zdrojů.

Příloha 3 nastiňuje detailnější přehled finančních toků a jejich interakce v českém zdravotnictví.

Z hlediska zdravotnických účtů, je k analýze výdajů na zdravotní péči potřeba tyto výdaje rozdělit právě podle zdrojů financování, druhů poskytovatelů nebo druhů zdravotní péče. V rámci práce jsou brány v potaz výdaje na zdravotní péči z pohledu druhů financování. Mezi hlavní aktéry patří zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. Další finanční zdroje jsou zanedbatelné a podílí se na financování zdravotnictví zhruba 1,4 %. Z tabulky 3.1 vyplývá, že dochází ke zvyšování jak veřejných, tak soukromých výdajů na zdravotnictví. Výjimku tvoří v obou případech rok 2010, což může být následkem snahy o snižování výdajů v situaci globální ekonomické krize. Nehledě na to bylo průměrné roční tempo růstu u všech uváděných položek v kladných hodnotách. Celkové výdaje na zdravotnictví oproti roku 2010 vzrostly o 4 431 milionů Kč a v roce 2011 dosáhly v absolutním vyjádření 288 572 milionů Kč, tj. 27 492 Kč na 1 obyvatele. Uvedené celkové výdaje představují 7,51 % HDP roku 2011. Veřejné výdaje, tzn. výdaje veřejných rozpočtů a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění, činily 242 410 milionů Kč, o 4 023 milionů Kč více než v roce 2010.

Tab. 3.1 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v letech 2000 – 2011 v ČR (v mil. Kč)

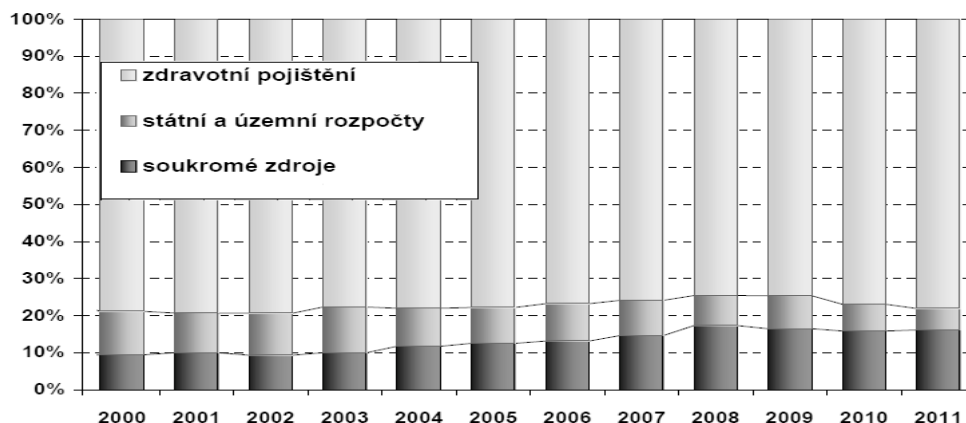
Zdroj financování (ICHA-HF)	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011 ⁹	Index 2011/2010
1 Vládní výdaje	132 962	191 356	206 565	218 719	243 692	238 387	242 410	101,7
1.1 Veřejné rozpočty	17 170	21 263	22 851	21 439	26 034	24 487	16 863	68,9
1.1.1 Státní rozpočet	8 319	12 334	14 199	12 434	14 846	13 337	10 147	76,1
1.1.3 Místní rozpočty	8 851	8 930	8 652	9 005	11 188	11 150	10 634	95,4
1.2 Zdravotní pojišťovny	115 792	170 093	183 713	197 280	217 658	213 900	225 547	105,4
2 Soukromý sektor	13 873	27 418	35 370	45 801	47 954	45 754	46 162	100,9
2.2 Ostatní soukromé pojištění	-	530	514	419	627	427	-	-
2.3 Domácnosti	13 873	23 110	31 491	41 288	43 141	41 867	42 275	101,0
2.4 Neziskové instituce	-	3 172	2 517	3 151	3 258	2 559	-	-
2.5 Korporace	-	606	848	943	928	901	-	-
Celkem	146 835	218 774	241 935	264 520	291 646	284 141	288 572	101,6

⁹ Jedná se o předběžné údaje.

Zdroj: ČSÚ (2012b), ÚZIS (2012b), vlastní úprava

Podle zprávy OECD (2012) o zdraví v Evropě se řadí ČR mezi země s nejvyšším podílem veřejných zdrojů na financování zdravotnictví. Čím vyšší je podíl veřejných zdrojů, které financují zdravotnictví, tím více se zvyšuje riziko vzniku deficitu v systému. Procentuální vyjádření podílu z celkových výdajů je uvedeno v grafu 3.1, kde jsou znázorněny skupiny s největším podílem na financování zdravotní péče (zdravotní pojištění, státní a územní rozpočty a soukromé zdroje) v procentním srovnání od roku 2000 do roku 2011.

Graf 3.1 Výdaje na zdravotnictví podle konečných zdrojů financování v letech 2000 - 2011 v ČR

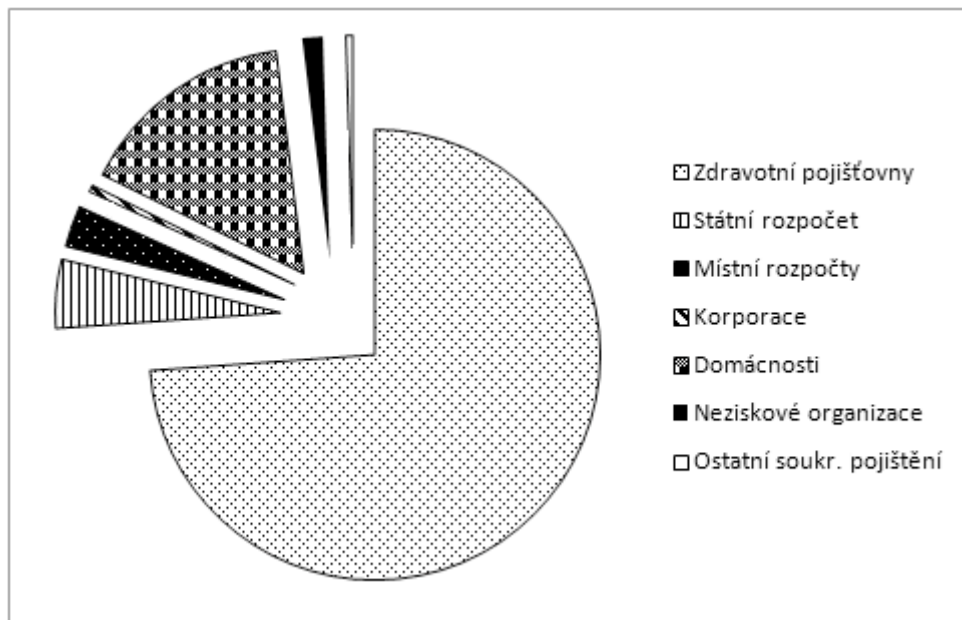


Zdroj: ÚZIS (2012b), vlastní úprava

Z pohledu podílu jednotlivých kategorií na celkových výdajích měly v roce 2010 nejsilnější postavení zdravotní pojišťovny s procentním podílem 75,3 %. V roce 2011 byl zaznamenán další nárůst těchto výdajů, a to na 78,2 %. Veřejné rozpočty tvořily v roce 2010 8,6 % výdajů a v roce 2011 se snížily na cca 5,8 %. Výdaje domácností naopak vzrostly

z 14,7 % v roce 2010 na 16 % v roce 2011. Situace z roku 2011 je znázorněna v následujícím grafu 3.2.

Graf 3.2 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2011 v ČR



Zdroj: ČSÚ (2012b), ÚZIS (2012b), vlastní úprava.

Způsoby úhrady zdravotní péče v ČR

Mezi způsoby, kterými se hradí zdravotní péče v ČR, patří platba za výkon, DRG a kapitačně výkonové platby.

Platba za výkon je způsob platby za zdravotní péči vycházející ze Seznamu zdravotních výkonů, ve kterém jsou jednotlivé úkony porovnány dle časové a odborné náročnosti. Seznam zdravotních úkonů vychází formou vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. Dle tohoto seznamu jsou jednotlivým zdravotnickým úkonům přiřazeny bodové hodnoty a ty jsou následně převedeny na peníze. Problémem tohoto systému úhrad je jeho netransparentnost (vyhláška 379/2010 Sb.).

Financování systému DRG vychází z platby za zdravotní péči založené na systému klasifikace pacientů do jednotlivých skupin podle řady charakteristik, jako jsou věk, pohlaví, léčebné výkony, diagnózy apod. Systém DRG slouží k financování lůžkové péče. Má mnoho využití buď jako pevná platba za případ přiřazený ke konkrétní DRG, nebo k vytváření rozpočtů založených na měření produkce pomocí DRG. Kromě financování je systém DRG používán také jako nástroj pro řízení nemocnic, měření produkce a kvality nebo jako nástroj

pro komunikaci v rámci i mimo nemocnici. Financování systému DRG zohledňuje výkonové charakteristiky, není tedy vhodné využívat je v případě potřeby tvorby úspor (NRC, 2013).

Kapitačně výkonové platby, jak uvádí Konečná (2010), jsou systémem používaným u praktických lékařů od roku 1997. Jedná se o systém, kdy je lékaři zapláceno nikoliv za jednotlivé úkony, ale za počet pacientů. Při financování je zohledněna registrace pacienta u daného lékaře po určité časové období bez ohledu na to, zda a v jakém množství zdravotní péče využil. Výše platby za jednoho pacienta je stanovena v dohodovacím řízení, jehož výsledky pak shrnuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR.

Státní rozpočet

Státní rozpočet má hlavní úlohu v systému financování z veřejného zdravotního pojištění. V tržních systémech zdravotnictví může stát ovlivňovat pouze výši pojistného či jeho výši a licencemi regulovat činnost soukromých pojišťoven. Stát hradí ze svého rozpočtu pojištění za státní pojištěnce (viz kapitola 2.7) podle platné legislativy. Prostředky plynoucí do zdravotnictví jsou čerpány kromě resortu zdravotnictví také z místních rozpočtů (rozpočty krajských úřadů, obcí). Výdaje na zdravotnictví představují vysokou zátěž státního rozpočtu. V případě, že je tempo růstu HDP nižší než tempo růstu výdajů na zdravotní péči, dochází k tlaku na zvyšování veřejných výdajů. Tato situace je pro ČR aktuální, viz tabulka č. 3.4. Toto navyšování pak probíhá buď formou zvyšování pojistného, daňové zátěže, finanční spoluúčasti pacienta nebo zavedením, případně rozšířením přímých plateb pacientů. Na základě těchto opatření může dojít ke zpomalení ekonomického růstu země. Poměr mezi veřejným a soukromým pojištěním je tak indikátorem stupně vládní kontroly nad výdaji za zdravotní péči (Durdisová, 2005).

Tabulka 3.2 ukazuje úhrnnou bilanci příjmů a výdajů státního rozpočtu schváleného pro rok 2013. V příloze 4 je uveden rozpočet pro celý resort zdravotnictví. Pro rok 2013 se počítá s příjmy v hodnotě 533,057 mld. Kč a výdaji v hodnotě 6 455,837 mld. Kč. Je zcela patrné, že výdaje několikanásobně převyšují příjmy rozpočtu Ministerstva zdravotnictví a dojde tak k dalšímu navýšení deficitu. Ve vztahu k předchozím obdobím lze konstatovat, že se jedná o běžnou situaci.

Tab. 3.2 Úhrnná bilance příjmů a výdajů státního rozpočtu v Kč

Ukazatel	v Kč
Příjmy státního rozpočtu celkem	1 080 767 603 000
Výdaje státního rozpočtu celkem	1 180 767 603 000
z toho: finanční vztahy k rozpočtům	
- krajů	1 035 651 000
- obcí v úhrnech po jednotlivých krajích	7 429 750 100
- finanční vztah k rozpočtu hlavního města Prahy	813 410 000
Schodek	-100 000 000 000
Financování:	
Zvýšení stavu státních dluhopisů	99 932 924 000
Zvýšení stavu přijatých dlouhodobých úvěrů	1 630 276 000
Změna stavu na účtech státních finančních aktiv	-1 563 200 000

Zdroj: MF ČR (2012a).

Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od státu, zaměstnavatelů a zaměstnanců

Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od státu, zaměstnavatelů a zaměstnanců slouží k financování zdravotních pojišťoven a zdravotních fondů. Podstata pojištění spočívá v pojištění proti riziku, které je zaštitěné veřejnoprávním subjektem. Ten je povinen uhradit za pojištěnce náklady spojené se zdravotní péčí nebo službou. Zdravotní pojišťovny hradí tyto výkony ze základního fondu zdravotního pojištění, který je tvořen právě výnosy z příspěvků. Tyto příspěvky jsou mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny rozděleny podle platné legislativy. Od roku 2005 se jedná o systém stoprocentního rozdělování příspěvků. V předchozích letech byl systém nastaven jako šedesátiprocentní.

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami nezůstává pouze těmto pojišťovnám, ale je dále přerozděleno podle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Kritériem přerozdělení je počet pojištěnců, jejich pohlaví, věková struktura a nákladové indexy podle věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Účelem přerozdělení bylo a stále je vyrovnání rozdílů existujících mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Jejich příčinou jsou rozdílné náklady na zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění nebo rozdíly v solventnosti mezi jednotlivými plátcí. Cílem přerozdělení je tedy zajistit co nejvyšší stupeň solidarity v rámci skupiny pojištěnců s vysokými a nízkými příjmy nebo mezi pojištěnci nemocnými a zdravými. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, na základě tohoto zákona, zřídila účet

všeobecného zdravotního pojištění. Přerozdělování je prováděno prostřednictvím tohoto účtu, jehož správcem je VZP a který vede odděleně od ostatních spravovaných fondů (VZP, 2013).

První ucelený model přerozdělení byl zaveden, jak uvádí Jurásková (2008), k 1. lednu 2004. Jednalo se o model založený na valorizaci platby za pojištěnce, za které byl plátcem pojistného stát, a to o částky označované jako finanční díly, které se počítaly každý měsíc ze součtu plateb od státu a části (60 %) pojistného vybraného všemi jednotlivými pojišťovnami. Zdravotní rizika státních pojištěnců byla vyjádřena díly, jež se dělily podle věkových skupin pojištěnců do 60 let a nad 60 let výše. Zdravotní pojišťovny každý měsíc získaly za každého státního pojištěnce do 60 let jeden finanční podíl a nad 60 let tři finanční podíly z přerozdělované částky. Cílem 60% přerozdělování bylo vyrovnat rozdílný podíl státních pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách.

Tento model se zaměřil pouze na valorizaci nízké sazby pojistného placeného státem. Ponechával zdravotním pojišťovnám pro úhradu různě vysokých výdajů na zdravotní péči poskytovanou nestátním pojištěncům pouze 40% z vybraného pojistného, jež nebylo přerozděleno. Mezi pacienty, kteří nebyli zařazeni do 60% přerozdělení, patřili zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. V tomto modelu nebyla zohledněna skutečnost, zda ponechaný podíl vybraného pojistného pokrývá náklady zdravotních pojišťoven na nestátní pojištěnce. Paušálně vázal pouze zdravotní rizika osob, za které byl plátcem pojistného stát. 60% model nedokázal v dostatečné míře kompenzovat zdravotním pojišťovnám rozdíly ve věkové struktuře a zdravotním stavu jejich pojištěnců. Vybízela tak pojišťovny za účelem zvýšení jejich zisku k výběru pojištěnců podle jejich solventnosti, věku a zdravotního stavu. Model byl nevhodný z několika důvodů:

- nízký stupeň přerozdělování pojistného mezi jednotlivými pojišťovnami: existoval až 50% rozdíl v průměrném pojistném vybraném na jednoho ekonomicky aktivního pojištěnce, docházelo tak k výraznému znevýhodnění pojišťoven s pojištěnci s nižším příjmem,
- nepřesná kompenzace rizika spojeného s věkem pojištěnce – převážně u státních pojištěnců,
- nedostatečná kompenzace nákladů na velmi drahé pojištěnce: výskyt „rizikových“ pojištěnců v pojistném kmeni znamenal obrovskou zátěž pro bilanci zdravotní pojišťovny.

Z těchto důvodů byl nahrazen modelem 100% přerozdělení vybraného pojistného.

Model 100% přerozdělování byl uveden v platnost zákonem č. 117/2006 Sb. Kritériem přerozdělení pojistného je počet všech pojištěnců podle nákladovosti pojištěnců na základě věku a pohlaví. Podle těchto kritérií jsou pojištěnci rozděleni do 36 skupin nákladových indexů, které umožňují kompenzaci rizika zdravotního pojištění v rámci pojistného kmene a zároveň umožňují omezení výběru pacientů na základě jejich ziskovosti (Jurásková, 2008).

Nákladové indexy se dělí na 2 skupiny podle pohlaví a dále do 18 skupin podle věku pojištěnců (od 0-5 let, dále po 5 letech do 85-x let). Tyto indexy se vypočítají podle vzorce:

$$\frac{\Sigma \text{ náklady na pojištěnce v dané skupině}}{\Sigma \text{ nákladů na standardizovaného pojištěnce}}$$

Podíl na standardizovaného pojištěnce je stanoven součtem pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami, příjmy ze zvláštního účtu snížené o poplatky za účetní operace a vedení zvláštního účtu. Takto získaná částka se následně vydělí počtem standardizovaných pojištěnců (zákon č. 592, 1992 Sb.)

Částka připadající na jednotlivou pojišťovnu je vypočítána jako:

$$\Sigma \text{ standardizovaných pojištěnců dané pojišťovny} = \Sigma \text{ pojištěnců v každé skupině} \\ * \text{ nákladový index skupiny.}$$

Přesahuje-li vybrané pojistné částku náležící pojišťovně, je tato povinna poukázat rozdíl na zvláštní účet. V případě opačné situace vyplátí VZP rozdíl dané pojišťovně ze zvláštního účtu.

Zvláštní účet slouží také k přerozdělení pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu pojišťovnám, které uhradily pacientům zvlášť nákladnou zdravotní péči. Nákladnou péčí se rozumí péče, jež překročila na jednoho pacienta v období kalendářního roku částku odpovídající třicetinasobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému zdravotního pojištění. Pojišťovna má nárok na náhradu 80 % vynaložené částky.

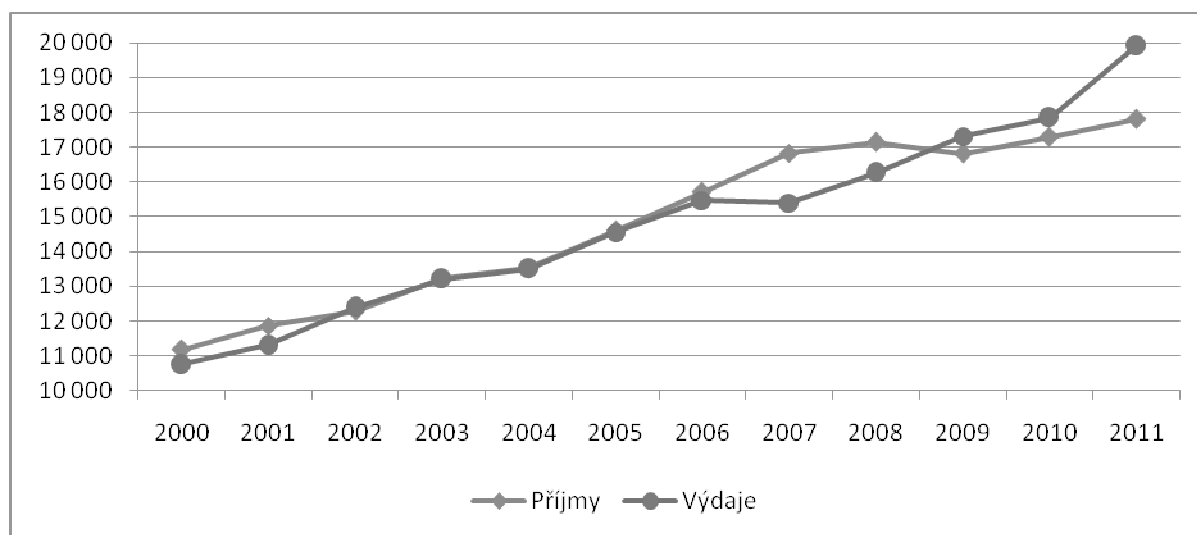
Zavedení úhrad nákladné péče mělo přispět pojišťovnám ke zlepšení jejich finanční situace. Při nadprůměrném výskytu rizikových pojištěnců se totiž pojišťovny dostávaly do platebních neschopností. Zavedení fondu sdílení rizika umožní částečně kompenzovat náklady na mimořádně drahé případy. Nový typ přerozdělování měl taktéž více motivovat pojišťovny ke zlepšování služeb pro chronicky nemocné a nákladné pojištěnce (VZP, 2013).

V konečném důsledku mají zavedené standardy upravující tvorbu a přerozdělení pojistného za následek uvolnění podmínek pro pojišťovny, kdy není stanovena norma pro

úkony, jež si mohou pojišťovny dovolit uhradit ze svých příjmů. Pojišťovny s vyššími příjmy tak mohou hospodařit neefektivně a uměle navyšovat své výdaje. Nový způsob přerozdělení je složitější a nepřehlednější než systém původní. Demotivuje zdravotní pojišťovny od snahy získávat nové pojištěnce, jelikož je jimi vybraná částka z pojistného celá rozdělena mezi jednotlivé pojišťovny. Celkově změna v systému přerozdělování pojistného nevedla k řešení otázky financování zdravotnictví jako celku.

V grafu 3.3 jsou vyjádřeny průměrné příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce. Od roku 2000 do roku 2002 byly příjmy zdravotních pojišťoven na pojištěnce vyšší než výdaje. Mezi léty 2002 až 2006 byly příjmy a výdaje na vyrovnané úrovni. Poté začaly příjmy opět převyšovat výdaje, dokonce na vyšší úrovni než mezi léty 2000 – 2002. Ve druhé polovině roku 2008 výdaje na 1 pojištěnce poprvé přesáhly příjmy na pojištěnce. Daný rozdíl se začíná v současnosti zvětšovat v neprospěch příjmů. Uvedený vývoj je způsoben rostoucí finanční náročností celého sektoru zdravotnictví a je třeba jej řešit a zabránit tak vzniku vyšších deficitů v oblasti zdravotnictví.

Graf 3.3 Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v tis. Kč (stále ceny roku 2005)

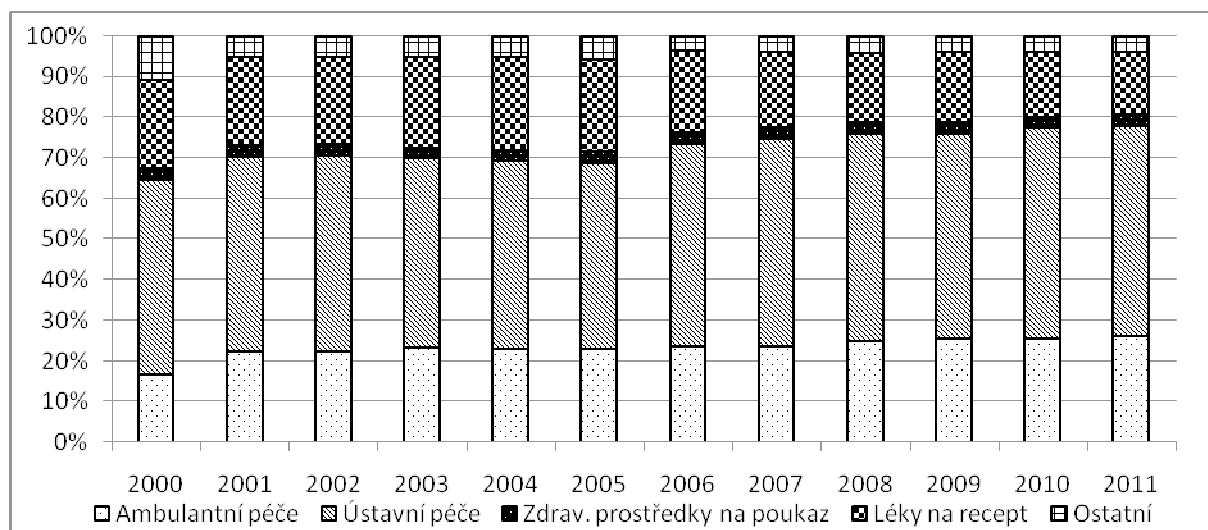


Zdroj: ÚZIS (2012a), vlastní zpracování.

Graf 3.4 znázorňuje podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů. Segmenty ambulantní péče a ústavní péče vykazují permanentní růst.

V roce 2011 vydaly zdravotní pojišťovny na segment ambulantní péče 26, 4 % z celkových nákladů a na segment ústavní péče 51, 4 %. Ústavní péče je tak nejvíce nákladovou položkou zdravotních pojišťoven. Segment zdravotních prostředků na poukaz se pohybuje stabilně mezi 2,6 až 2,9 % z celkových výdajů. V segmentu léků na recept je v posledních letech patrná klesající tendence od roku 2008. Lze říct, že tento fakt je v přímé souvislosti se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví.

Graf 3.4 Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů



Zdroj: ÚZIS (2012a), vlastní zpracování.

Z veřejného zdravotního pojištění je zcela nebo částečně hrazena dle zákona 48/1997 Sb. zdravotní péče diagnostická, léčebná péče ambulantní, ústavní včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné, preventivní péče, léčiva a prostředky zdravotnické techniky, doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů nebo lázeňská péče a péče v odborných léčebnách a ozdravovnách.

Přímé platby od ošetřených pacientů

Přímé platby od ošetřených pacientů financují úzký okruh stanovených zdravotních výkonů v oblastech stomatologické péče, estetické chirurgie, gynekologie apod. nebo širší okruh zahrnující lékovou politiku, platby za zdravotní prostředky, léky, doplňky a pomůcky. Rokem 2008 nabyly přímé platby rovněž podoby regulačních poplatků a doplatků za léky či placených pacienty za návštěvu lékaře, pohotovosti, za vydání léčivého přípravku na recept apod., viz příloha 1. V tabulce 3.3 je uvedena výše výdajů domácností na regulační poplatky celkem a podle jednotlivého dělení poplatků, přičemž nejvyšších hodnot dosahují poplatky za

recept, následně poplatky za návštěvu lékaře, za hospitalizaci a nejnižší výběr je u poplatků za pohotovostní služby. Zajímavostí je, jak uvádí ČSÚ (2012b), členění poplatků podle pohlaví na jednoho pacienta. Na základě tohoto dělení vyplývá, že vyšší regulační poplatky připadají na ženy (623 Kč na osobu a rok) než na muže (475 Kč na osobu a rok).

Tab. 3.3 Výdaje domácností na regulační poplatky v tis. Kč

Rok	2008	2009	2010	Index 2010/2009
Poplatky za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	99,9
Poplatky za návštěvu lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	92,7
Poplatky za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	98,4
Poplatky za pohotovost	178 145	207 753	191 444	92,1
Celkem	5 571 270	5 779 848	5 621 894	95,8

Zdroj: ČSÚ (2012b).

Obecně lze výdaje domácností na zdraví z pohledu národního pojetí rozdělit následovně na výdaje na léčiva a zdravotnické prostředky, ambulantní a zdravotní péči a ústavní zdravotní péči, viz tabulka 3.4. Výdaje domácností byly v minulých letech pouze doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Celkové výdaje domácností na zdraví mají zvyšující se tendenci vyjma roku 2010. Od roku 2008 se tyto výdaje pohybují nad hranicí 40 miliard Kč. Nejvyšších hodnot dosáhly v roce 2009, kdy se jednalo o částku 42 645 mld. Kč. Domácnosti vydávají nejvíce prostředků na nákup léčiv a zdravotnických prostředků, jedná se o zhruba 62 % výdajů na zdravotnictví.

Tab. 3.4 Výdaje domácností na zdraví v mil. Kč (běžné ceny) v ČR

Rok	Léčiva a zdravotnické prostředky		Ambulantní zdravotní péče		Ústavní zdravotní péče		Celkem
	v absolutní hodnotě	% podíl	v absolutní hodnotě	% podíl	v absolutní hodnotě	% podíl	
2000	10 220	69,7	3 678	25,1	772	5,3	14 670
2001	11 605	72,1	3 897	24,2	596	3,7	16 098
2002	11 462	62,7	5 803	31,7	1 023	5,6	18 288
2003	12 128	67,0	5 056	27,9	925	5,1	18 109
2004	14 217	64,6	6 949	31,6	828	3,8	21 994

Rok	Léčiva a zdravotnické prostředky		Ambulantní zdravotní péče		Ústavní zdravotní péče		Celkem
	v absolutní hodnotě	% podíl	v absolutní hodnotě	% podíl	v absolutní hodnotě	% podíl	
2005	15 651	63,5	7 708	31,3	1 295	5,3	24 654
2006	17 069	60,3	9 661	34,1	1 565	5,5	28 295
2007	21 251	62,7	10 840	32,0	1 815	5,4	33 906
2008	22 907	54,4	15 429	36,7	3 756	8,9	42 092
2009	25 866	60,7	14 429	33,8	2 350	5,5	42 645
2010	25 930	62,9	13 004	31,5	2 307	5,6	41 241
2011	27 091	64,1	12 626	29,9	2 558	6,1	42 275

Zdroj: ČSÚ (2012a).

Celkové výdaje na zdravotnictví

K celkovému vyjádření výše prostředků vynakládaných na zdravotní péči se využívá poměr výdajů na zdravotnictví k HDP v běžných cenách. Z tabulky 3.5 vyplývá, že růst výdajů na zdravotnictví je z dlouhodobého pohledu vyšší než růst HDP. V případě růstu výdajů na zdravotnictví se jedná průměrně o 3,2 % ročně. Například v roce 2000 byl podíl 7,6 %, v roce 2002 už 10,9 %, v roce 2006 klesl na 3,7 %, v roce 2009 vzrostl na 10,3 % a posledních letech se pohybuje v záporných hodnotách, což je ojedinělá situace. Celkové výdaje v absolutní hodnotě však mají ve všech letech rostoucí charakter, výjimku tvořily roky 2010 a 2011. Rok 2011 byl po roku 2010 druhým obdobím s mírným poklesem celkových výdajů na zdravotnictví. Rekordním rokem se stal rok 2009 s celkovou výší výdajů v hodnotě 291,6 mld. Kč. V dalším období už celkové výdaje na zdravotnictví této úrovně nedosáhly, přestože se blížily částce 290 mld. Kč. Důvodem byly zejména úspory veřejných rozpočtů a dopad nepříznivé ekonomické situace na výdaje obyvatelstva. Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví v roce 2011 činil 84 %, soukromé výdaje v témže roce tvořily 16 % výdajů na zdravotnictví. Trvalý mírný růst vykazovaly i nadále výdaje veřejného zdravotního pojištění. V roce 2011 dosáhly celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění 225,5 mld. Kč. Výdaje na zdravotnictví mají souhrnně vyšší průměrné roční tempo růstu než HDP v běžných cenách.

Procentní podíl celkových výdajů na zdravotnictví z HDP má rovněž kolísavou tendenci, byť v umírněném rozsahu 6–8 %.

Tab. 3.5 Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2000 – 2011 v ČR

Rok	Celkem v mil. Kč	V % z HDP	Meziroční růst výdajů v %	Meziroční míra růstu HDP v %
2000	146 835	6,47	7,6	3,6
2001	161 300	6,59	9,9	2,5
2002	187 923	6,97	10,9	1,9
2003	195 155	7,26	9,1	3,6
2004	209 270	7,14	7,2	4,5
2005	218 774	7,02	4,5	6,3
2006	226 810	6,77	3,7	6,8
2007	241 935	6,61	6,7	6,1
2008	264 520	6,87	9,3	2,5
2009	291 646	7,8	10,3	-4,1
2010	289 035	7,66	-0,9	2,4
2011 ¹⁰	288 784	7,58	-0,1	2,3

Zdroj: ÚZIS (2012c), vlastní úprava.

Deficity systému veřejného zdravotního pojištění

Možných příčin vzniku deficitů a kumulace dluhu je mnoho, jak v oblasti tvorby příjmů, tak v oblasti výdajů systému. Tyto faktory lze rozdělit na exogenní a endogenní, přičemž u exogenních faktorů má systém schopnost je částečně absorbovat anebo změnit nastavení způsobu tvorby zdrojů. Jak uvádí Zigová (2011), na straně příjmů se může jednat o tyto exogenní faktory:

- např. ekonomický růst,
- nezaměstnanost,
- platební schopnost plátců pojistného,
- podíl populace v produktivním věku,
- výše plateb ze státního rozpočtu za zákonem vymezené skupiny obyvatelstva,
- sazba pojistného stanovena zákonem,
- politická rozhodnutí.

Z pohledu endogenních faktorů zde patří zejména:

- nedostatečný výběr pojistného,
- nemožnost ovlivnit sazby pojistného,
- nastavený způsob přerozdělování pojistného.

Ze strany výdajů a jejich exogenních faktorů se jedná především o:

¹⁰ Jedná se o předběžné údaje.

- vývoj zdravotního stavu populace,
- demografický vývoj¹¹,
- vývoj medicíny jako vědy,
- široce definovaný rozsah péče hrazený z veřejného zdravotního pojištění,
- vývoj cen, způsob a výši úhrad,
- regulační mechanismy,
- účelové chování některých poskytovatelů dle způsobu úhrad,
- prosazování partikulárních zájmů některých aktérů při tvorbě zdravotní politiky,
- legislativu a stanovení způsobu distribuce zdrojů,
- investice do zdravotnické infrastruktury, často na politické bázi nebo bez předchozího výběrového řízení zdravotní pojišťovnou na nákup této péče,
- zvyšování poptávky po netradiční zdravotní péči,
- navyšování mzdových indexů, resp. bodového ohodnocení výkonů při absenci reálných kalkulací výkonů,
- odvození úhrad bez znalosti skutečné výše nákladů, ale administrativně nebo na historické bázi,
- omezený prostor pro zdravotní pojišťovny ovlivňovat administrativně stanovené výdaje, omezenou možnost predikce chování poskytovatelů a pacientů při daném způsobu úhrady, chybějící konfrontaci s náklady, jak na úrovni pacientů, tak při uplatňování některých způsobů úhrad i na úrovni poskytovatelů,
- informační asymetrii,
- politické cíle často nerespektující ekonomickou realitu,
- nedostatek analytické a koncepční práce, absenci analýz nákladové efektivnosti,
- zákony a opatření na úrovni Ministerstva zdravotnictví, které neberou v úvahu proveditelnost praktické realizace,
- obavy z radikálnějších reforem, které by mohly redukovat voličskou základnu,
- opatření nezaměřená na systém jako celek, pouze na některou jeho část, která mohou způsobit přelévání poptávky nebo nabídky do jiných segmentů,
- rigidní smluvní síť, nevhodnou strukturu sítě poskytovatelů,
- duplicity v péči,

¹¹ Demografickým vývojem jsou myšleny změny způsobené v zásadě vývojem porodnosti, nadějí na dožití a migrací. V rámci této práce je myšlena převážně naděje na dožití, která plyne ze zlepšování celkového zdravotního stavu populace díky lepší dostupnosti zdravotní péče, zvýšenému zájmu o prevenci nebo vývoji léčebných postupů a metod (Burcin, Kučera, 2010).

- kulturní a sociální faktory (nízká ochota přispívat versus nárokové vnímání práva na bezplatnou zdravotní péči).

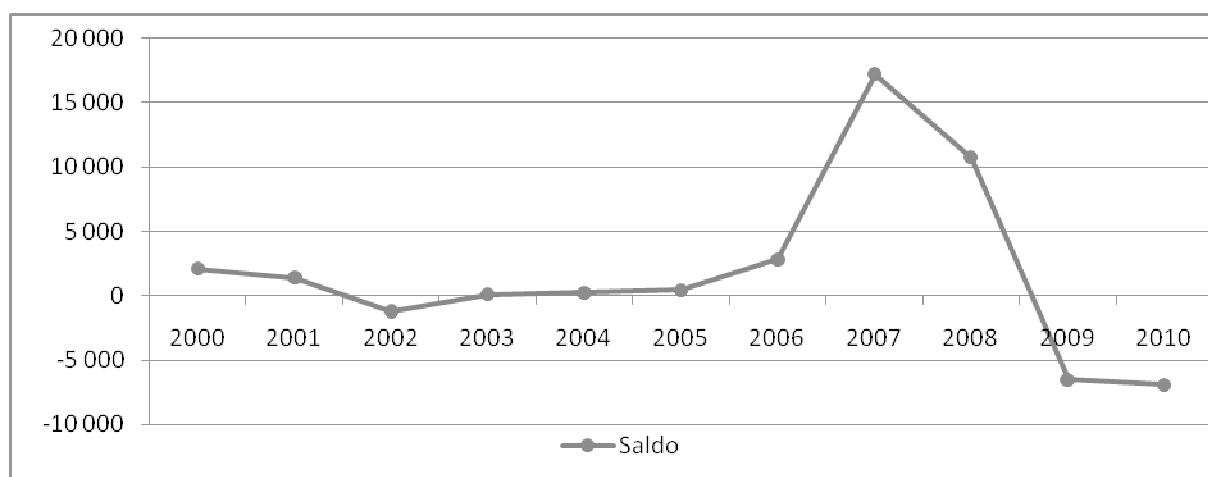
Mezi endogenní faktory výdajové strany lze zařadit:

- nedostatečnou kontrolu výdajů,
- neefektivní smluvní politiku.

Financování zdravotní péče je velmi komplexní systém a jeho bilance je ovlivněna v převážné míře faktory exogenními.

Vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v ČR mezi léty 2000 – 2011 dokumentuje graf 3.5 a příloha 5. Hlavními příjmy veřejného zdravotního pojištění jsou vybrané pojistné z veřejného zdravotního pojištění a příjmy z přerozdělení. Příjmy systému v. z. p. vykazovaly do roku 2008 permanentní nárůst. Objemově nejvýznamnější složkou příjmů představují příjmy z výběru pojistného, které se na celkových příjmech podílejí zhruba ze 75 %. Druhou nejvýznamnější složkou jsou příjmy z přerozdělení, ty představují kolem 20-25 % z celkového objemu příjmů. Dynamika růstu příjmů byla narušena již v roce 2001 a tempo růstu následně v roce 2002 pokleslo z důvodu rostoucí nezaměstnanosti. Rostoucí pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti způsobily spolu se špatnou ekonomickou situací prudký pokles systému v. z. p., který se začal projevovat v roce 2008. Přes tento pokles zůstaly celkové hodnoty vyšší, než jaká byla predikce Ministerstva zdravotnictví ČR. Zatímco dynamika růstu příjmů klesala, celkové výdaje v absolutním vyjádření ve sledovaném období neustále rostly a zvyšovalo se saldo výkonové bilance.

Graf 3.5 Vývoj hospodaření systému v. z. p. v letech 2000 – 2011 (v mil. Kč)



Zdroj: MF ČR (2012b) a ÚZIS (2003), vlastní zpracování.

Z výše uvedeného je možné konstatovat, že vyjma salda v roce 2001 a salda současného byl systém v rovnováze. Za účelem identifikace finanční nerovnováhy je zapotřebí zkoumat především plnění zákonem stanovených povinností zdravotních pojišťoven, reprezentovaných odvodem zdrojů do Rezervního fondu ve stanovené výši, a existenci závazků po lhůtě splatnosti, které jsou sledovány odděleně od příjmů a výdajů. Vznik závazků po lhůtě splatnosti může být důsledkem vývoje na straně příjmů (jejich neplánované snížení) i na straně výdajů (výše úhrad za zdravotní péči, objem spotřebované péče).

Systém byl v posledních letech poznamenán vysokou mírou nejistoty zapříčiněnou nahodilými zásahy z rozhodnutí vlády. Tato nejistota komplikuje plánování příjmů a výdajů. Systém byl nucen reagovat na nevizované změny na straně příjmů (okamžité zavedení 100% přerozdělení) i výdajů (změny lékových a úhradových vyhlášek), bez patřičné legislativní nápravy ze strany státu.

Za zásadní příčinu vzniku a kumulace dluhu v. z. p. v ČR považuje Zigová (2011) především selhání státu v dohledové funkci v oblastech nekoncepčního přístupu k tvorbě zdravotní politiky, jednostranného posilování role pouze některých aktérů ve zdravotnictví, rozhodování o úhradách bez ohledu na finanční možnosti systému či konkrétní zdravotní potřeby, nadměrné zpolitizování problematiky apod. Další možnou příčinou vzniku a kumulace dluhu v. z. p. může být faktor pluralitního uspořádání financování, tj. existence více zdravotních pojišťoven. Existence více plátců s sebou nese určité neefektivnosti vyplývající z duplicit ve zdravotní péči v případě přeregistrace pojištěnce a z vynakládání části zdrojů na marketingové aktivity. Na druhou stranu, v dobách finanční nestability

některých institucí bylo pro poskytovatele výhodné udržovat si diverzifikované portfolio smluvních zdravotních pojišťoven z důvodu obdržení alespoň části plateb. Díky unifikovanému způsobu tvorby příjmů a relativně malému prostoru pro aktivní nákup zdravotní péče v minulosti se nemohly plně projevit kladné ani záporné stránky pluralitního uspořádání. Od roku 2007 lze pozorovat určitý pokrok v aktivním nákupu zdravotní péče, avšak úhradové mechanismy pořád do značné míry podporují zaměření poskytovatelů spíše na krátkodobé izolované intervence než na dlouhodobý kontrakt na bázi sdílení finančního rizika.

3.4 Dílčí shrnutí kapitoly

Zdravotní politika je vzhledem ke svému rozsahu a postavení ve veřejném sektoru formována jako nedílná součást hospodářské a sociální politiky a je také zohledněna při formování cílů ekonomického rozvoje. S růstem ekonomického rozvoje je péče o zdraví v posledních desetiletích spojena s rostoucími náklady na zdravotnictví. Mezi příčiny rostoucích nákladů lze zařadit zvyšování úrovně zdravotní péče, demografický vývoj a hlavně systém financování zdravotnictví. V rámci veřejného financování zastupuje zájmy pacienta stát prostřednictvím platné legislativy. V případě selhání státu¹² se pacient stává obětí systému, na jehož financování se podílí. Soukromá zdravotnická zařízení zvyšují výdaje na zdravotní péči svým ziskovým charakterem, který není kompatibilní se systémem solidarity. Tvůrci zdravotní politiky by měli jako jeden ze svých cílů zvolit nalezení co nejoptimálnějšího systému zdravotní péče a jejího financování.

Dalším problémům financování zdravotní péče je věnována kapitola 4. Jsou zde shrnuty již nastíněné problémy i problémy další vyskytující se v českém zdravotnictví.

¹² Např. při nedostatečné alokaci zdrojů dochází k deformacím a následně rostou výdaje na zdravotnictví. Příkladem jsou zisky lékárenských firem (Krebs, 2010).

4 Doporučení tvůrcům hospodářské politiky

V rámci českého zdravotnictví dochází k mnoha pozitivním jevům, především z pohledu úmrtnostních charakteristik a životního stylu obyvatel (ČSÚ, 2013). Napomáhá tomu iniciace a realizace mnohých programů na podporu zdraví, preventivních programů a zlepšení dostupnosti nových léčebných technologií a postupů (např. mezinárodní projekty Health Programme 2008 – 2013¹³ nebo Health 2020¹⁴). Český zdravotnický systém si byl schopen uchovat v nově nastalých sociálně-ekonomických podmínkách vysoký standard kvalitní lékařské péče a její kvalitu i nadále rozvíjí. Z hlediska kvality a dostupnosti zdravotní péče i z pohledu mezinárodního srovnání je v ČR dosahováno dobrých výsledků, často však za použití mnohem nižších zdrojů vložených do zdravotnického systému než právě v zahraničí, jak uvádí OECD (2012). Nelze ovšem říct, že by byl tento jev pouze pozitivní, vzhledem ke skutečnosti, že z důvodu podfinancování systému v něm dochází k deficitům, snižuje se motivace zdravotnického personálu k odvádění kvalitní práce apod. Tato finanční situace by mohla do budoucna vyústit ve snížení standardu kvality lékařské péče. Proto je důležité správně identifikovat a následně najít řešení nedostatků ve financování zdravotní péče.

Financování zdravotní péče v ČR vykazuje z ekonomického pohledu mnoho nedostatků. Jedná se především o tyto:

- opakované deficity systému veřejného zdravotního pojištění,
- omezení zdrojů zákonnou sazbou pojištění a výkonem ekonomiky,
- zavádění nových finančně náročných metod léčby,
- prodlužování věku pacientů a následně nárůst výdajů na jejich léčbu,
- růst počtu jednooborových zdravotnických zařízení, která se zabývají pouze prováděním ziskových výkonů, často přístrojově či odborně náročných,
- duální struktura zdravotnických zařízení,

¹³ 2. akční program Evropského společenství v oblasti zdraví pro období 2008 – 2013. Je součástí unijní strategie v oblasti veřejného zdraví, jejím cílem je sjednotit zdravotní politiku v EU do jednoho strategického rámce. Strategie má podpořit spolupráci členských států v oblastech, kde je vhodnější či nezbytná spolupráce na úrovni Společenství (European Commission, 2007).

¹⁴ Health 2020 je nová strategie na podporu zdraví, přijatá v rámci evropských zemí. Přijetí strategie vycházelo z předpokladu, že další vývoj veřejného zdravotnictví je možný pouze za spolupráce všech složek společnosti v rámci všech úrovní státní správy. Strategie je zaměřena na problémy nerovnosti ve zdraví, finanční krizi, snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví apod. (WHO, 2012).

- narůstající finanční požadavky zejména soukromých zdravotnických zařízení,
- placení pojistného státem na více než 50 % z celkových pojištěnců,
- výrazná státní regulace téměř 80 % výdajů veřejných zdravotních pojišťoven a stanovení sazby pojištění.

Výsledkem existence těchto nedostatků je trvalý nárůst výdajů do zdravotnictví a vznik cyklických deficitů. Jak uvádí Průša (2011) k tomu současně přistupuje i medializace nedostatků systému vytvářející neustálou iluzi krize, ale bez kvalifikace jejich rozměrů, příčin nebo charakteru. Ve skutečnosti vzhledem k návaznosti zdrojů systému na výkon ekonomiky je relativní podíl výdajů na HDP stabilní a pohybuje se kolem 6 – 8 % (více viz kapitola 3.3). V tomto případě je patrné, že se opravdu jedná o iluzi krize systému.

4.1 Pozitiva a negativa českého zdravotního systému

Problémy českého zdravotnictví je vhodné shrnout pomocí jeho silných a slabých stránek, které klasifikují jednotlivé faktory zasahující do zdravotnictví. Silné stránky se vyskytují převážně v rámci medicíny a sociální oblasti. Ty se ukázaly jako vhodně nastavené a vysoce funkční a bylo by vhodné je brát při dalším rozvoji v potaz. Další silnou stránkou je zvyšování role pacienta v systému. Naopak mezi slabé stránky českého zdravotnictví se řadí především ekonomické nedostatky vyplývající z plurality poskytovatelů, kdy nelze efektivně alokovat veřejné zdroje mezi těmito poskytovateli. Vzniká riziko zaměření se na krátkodobou ekonomickou efektivnost zdravotnických zařízení a péče jimi poskytované před kvalitou léčby a vztahem mezi lékařem a pacientem. Nejlepším východiskem z této situace je uvědomit si nedostatky systému a následně se jim snažit předejít.

Silné stránky zdravotního systému ČR jsou především:

- obecná dostupnost kvalitní zdravotní péče,
- vysoká profesionální úroveň většiny zdravotnických pracovníků a kvalitní systém jejich celoživotního vzdělávání,
- rozvoj nových léčebných metod s pozitivním vlivem na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva,
- pozitivní výsledky transformace ambulantní zdravotní péče,
- stabilizace podílu výdajů na zdravotnictví na HDP odpovídající situaci v ekonomicky vyspělých zemích,
- pokračující zlepšování populačního zdraví,

- relativně nízká nákladovost léčby v mezinárodním srovnání,
- rozsáhlá zdravotnická statistika poskytující informace o stavu a vývoji zdraví obyvatelstva, spolu s podrobnými finančními statistikami,
- snižování informační asymetrie a entropie pomocí zavádění propojených elektronických systémů,
- podpora zdraví prevence a zdravého životního stylu.

Slabé stránky zdravotního systému ČR:

- nedostatek účinného řízení a kontroly kvality a hospodárnosti poskytované péče,
- tíživá ekonomická situace zdravotnických zařízení,
- nedostatečná spolupráce účastníků procesu poskytování zdravotní péče,
- rivalita mezi subjekty poskytujícími zdravotní péči,
- slabá pozice pacienta,
- zaměření na lékařské výkony, nikoli na zdraví a priority pacienta,
- rozdrobenost zdravotní péče (specializace),
- rozpad vnitřních vazeb zdravotnického systému,
- nízké využití soukromých zdrojů,
- dobývání renty¹⁵ ve zdravotnictví jako odvětví, korupce a klientelismus¹⁶,
- pluralizace poskytovatelů zdravotní péče bez adekvátních změn na straně financujících subjektů.

4.2 Vybrané problémy zdravotní politiky

Specifika českého zdravotnického systému spočívají především v jeho dualitě, která do značné míry přispívá k disproporcím systému. Jedná se především o částečné separace ambulantní péče do soukromého vlastnictví a její následné financování na rozdílných principech. Mechanismus veřejného zdravotního pojištění má rovněž svá specifika např. ve vazbách pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Tyto vazby nejsou diferencovány, ale děleny na úrovni centrální autority. Ojedinelá je rovněž existence jedné velké pojišťovny (VZP) a menších zaměstnaneckých pojišťoven.

Finanční deficity ve zdravotnictví

¹⁵ Dobývání renty je neproduktivní vynakládání zdrojů za účelem získání ekonomické východy prostřednictvím rozhodnutí státu (Klvačová, 2006).

¹⁶ Klientelismem se rozumí neoficiální systém založený na protekci a konexích.

V komplikovaném systému zdravotnictví je všeobecně těžké sladit jednotlivé zájmy jeho aktérů, jež nejsou vždy směřovány ve prospěch pacienta a ekonomické efektivity. Projevem neefektivnosti systému v ČR jsou především finanční deficity. Řešením finančních deficitů zpravidla bývá jejich uhrazení z jiných zdrojů mimo fondy veřejného zdravotního pojištění. Toto řešení je dočasné, než se deficity opět nakumulují.

Lze konstatovat, že deficity veřejných rozpočtů plní formu únikového ventilu neefektivnosti českého zdravotnictví, které opakovaně kumuluje dílčí nevyváženosti vzniklé při dohodovacích řízeních o cenách zdravotní péče a také na základě disproporcí v pluralitním prostředí veřejných zdravotních pojišťoven. Chybějící motivace k aktivní roli pojišťoven při nakupování zdravotní péče je důsledkem nastavení legislativy, jež výrazně zúžila prostor pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami. Nízká míra konkurence mezi pojišťovnami, která se projevuje mimo jiné malým procentem přestupů pojištěnců mezi nimi, nemotivuje zdravotní pojišťovny k hospodárnému zacházení s prostředky veřejného zdravotního pojištění (viz kap. 3.3). Jak uvádí Lékařský odborový klub (2010), řízení a správa zdravotních pojišťoven je v současnosti ve velké míře ovlivňována správními a dozorčími radami, kam jsou nominováni zástupci státu podle politického klíče. To vytváří tlak na vedení jednotlivých zdravotních pojišťoven v oblasti rozhodování ohledně úhrad, smluv se zdravotnickými zařízeními apod. Jakékoli rozhodnutí zdravotních pojišťoven je pod politickým a mediálním dohledem, což komplikuje ekonomické chování zdravotních pojišťoven a samotných poskytovatelů zdravotní péče. Zdravotní systém v mnohém substituuje sociální systém a všechna opatření musí být opatřena sociální doložkou, ačkoli to není pro zdravotnický systém vhodné. Zdravotní pojištění hraje roli pojištění proti nepříznivému zdravotnímu stavu a ochranu proti jeho sociálním dopadům má řešit systém sociální.

Graf 4.1 zobrazuje rozpočty Ministerstva zdravotnictví v období let 2000 – 2013. Je z něj patrné, že prohlubování deficitů je dlouhodobou záležitostí. Více informací o vývoji deficitů je uvedeno v kapitole 3.3.

Tab. 4.1 Rozpočty Ministerstva zdravotnictví v letech 2000 – 2013 (v tis. Kč)

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Příjmy	86 452	129 000	36 000	55 033	14 000	14 000	61 115
Výdaje	5 509 067	13 920 360	9 611 658	10 081 176	9 118 047	8 226 162	8 223 165
Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Příjmy	299 121	1 453 234	531 000	575 756	1 100 429	686 399	533 057
Výdaje	9 257 828	10 610 693	8 304 157	7 899 704	6 820 824	6 668 127	6 455 837

Zdroj: MF ČR (2012a), vlastní zpracování.

Dualita systému se projevuje rovněž v pojetí úspor získaných finančních prostředků. Snaha o zefektivnění jejich alokace nebo jejich úsporu se setkává s kritikou. Tyto snahy jsou vnímány jako ohrožení kvality péče o pacienta a dokonce jako existenční ohrožení některých zdravotnických zařízení. V případě restrikce celého systému je tato pojmána negativně všemi zúčastněnými stranami. Regulace na straně poptávky je těžce uskutečnitelná. K hlavním důvodům patří objektivní potřeba zdravotní péče, chápání spoluplateb jako dodatečného zdroje bez návaznosti na prospěch pacienta a obtížná průchodnost v rámci politického procesu ze sociálního hlediska.

Jako další možnost regulace se nabízí vyjmutí financování a poskytování zdravotní péče z veřejného systému a systému veřejné kontroly. V ČR by toto vyjmutí ovšem nebylo příliš vhodné. Mezi důvody patří zejména vysoký stupeň korupce v zemi, navýšení nákladů na zdravotní péči, nutnost respektovat nároky vzniklé na základě Listiny základních práv a svobod a snížení stupně solidarity na úroveň nepřijatelnou pro sociální stát. Možným východiskem z této situace je rozvoj pluralitní vlastnické struktury zdravotnických zařízení. Ta by pak byla v nastavené míře financována z veřejných zdrojů tak, aby byla perspektivní a efektivně alokovala získané zdroje.

Zdravotní pojišťovny

Existence jedné velké pojišťovny (VZP) a několika menších zaměstnaneckých pojišťoven je ojedinělá. VZP má dominantní postavení mezi zdravotními pojišťovnami již od svého založení. Má za úkol udržet stabilitu systému. To je ovšem doprovázeno často kritizovaným neefektivním hospodařením a nutností jejího selektivního oddlužení. S deficitním financováním jsou spojeny i ostatní pojišťovny. Pozdní platby zdravotních pojišťoven zdravotním zařízením za poskytnutou péči jsou v ČR téměř jistotou.

Možným řešením situace VZP, by bylo zřízení dvou hlavních státních pojišťoven a několika soukromých pojišťoven. Vznikla by tak možnost vzájemné konkurence a vyloučení monopolu. Nebo lze provést právní změny, které významně zvýší roli ostatních zdravotních pojišťoven. Jejich funkce by musela být zvýrazněna nejen při rozhodování o úhradách za poskytnutou péči, ale i u ostatních činnostech.

Jak uvádí Šafránek (2012), doporučil ministr zdravotnictví Leoš Heger 14 opatření řešících špatnou finanční situaci VZP a kritizovaný systém fungování pojišťoven v České republice. Žádný z těchto návrhů ovšem nebyl do současnosti schválen ani zaveden v praxi.

Jedná se o tato opatření:

- restriktivní vyhláška o úhradách péče pro příští rok,
- sbližování sazeb za akutní lůžkovou péči,
- zavedení elektronických aukcí na léky,
- sestavení pozitivních listů,
- sdílené úhrady drahých léčiv a přístrojů,
- VZP by v krizi nesměla naplňovat fond prevence ze základního fondu na péči,
- nehrazení zubních plomb z pojištění,
- povinné zveřejňování smluv na internetu,
- efektivnější přerozdělení peněz mezi pojišťovnami,
- optimalizace revizní činnosti pojišťoven,
- zavedení hodnocení zdravotnických technologií,
- dočasné plošné snížení úhrad léčiv,
- vymezení financování následné a dlouhodobé péče,
- možnost pojišťoven měnit sazbu pojistného.

Další možnost, jak zlepšit finanční situaci pojišťoven, se nabízí pomocí částky hrazené státem na veřejné zdravotní pojištění za tzv. státní pojištěnce (viz kap. 2.7). U této platby nepanuje všeobecná shoda ohledně její výše. Je vnímána jako určitý transfer ze státního rozpočtu do rozpočtů veřejných zdravotních pojišťoven. Neslouží tak jako reálná kompenzace plateb za státní pojištěnce, vzhledem ke skutečnosti, že tito jsou obvykle pacienti s vyššími náklady na poskytovanou zdravotní péči. Její změna, respektive zvýšení by mělo velký dopad na hospodaření zdravotních pojišťoven a bylo by velice důležité pro další optimální fungování systému zdravotnictví.

Platby od státu představují důležitou část příjmové stránky zdravotních pojišťoven především s ohledem na skutečnost, že osoby, za které stát pojistné platí, představují více než polovinu populace. Výše nezaměstnanosti se v České republice v době hospodářské krize zvyšuje, občanů důchodového věku přibývá a příjmy zdravotních pojišťoven se v důsledku toho snižují. Platba za státního pojištěnce je v současné době 723 Kč za měsíc. Kdežto například v případě osoby samostatně výdělečně činné je povinná platba ve výši 1 697 Kč

(MF ČR, 2012b). To znamená, že platba od státu je o více než polovinu nižší. Ekonomickým důsledkem je pokles příjmů zdravotních pojišťoven a s tím související úhrady zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči se zpožděním nebo snižování finančního ohodnocení za provedené výkony. To má dopad i na samotné pacienty, kteří do systému financování zdravotní péče nevidí a jsou odkázáni na důvěru v lékaře. Ten je ale ovlivněný ekonomickou situací a v souvislosti s tím pacientovi neposkytuje tu nejlepší péči, nýbrž tu nejlevnější. Zdravotnická zařízení orientovaná ziskově tak vyvíjí tlak, aby byl změněn systém úhrady za tyto pojištěnce, buď změnou výše částky, nebo jejich pozice v systému.

Za účelem zmírnění těchto tlaků by bylo potřeba, aby stát fungoval s pevně stanoveným rozpočtovým omezením bez možnosti navýšení rozpočtu. V současné situaci je nutné k větší efektivnosti systému financování nastavit správně administrativní a legislativní kritéria. Možným způsobem snížení deficitů může být i např. podle rakouského vzoru placení zdravotního pojištění pro děti a nezaměstnané členy rodiny za pomoci pojištění zaměstnaných členů rodiny a nikoli státu, jak je tomu v rámci ČR (Vavrejšnová a Rack, 2008), nebo zavedení povinného úrazového pojištění, legislativně vhodně ošetřeného, na základě předpokladu, že je vznik úrazů v nemalé míře ovlivnitelný chováním jednotlivce.

Reformy českého zdravotnictví

Problémy českého zdravotnictví spočívají ve velké míře v nesouladu mezi očekáváními veřejnosti a reálnými ekonomickými možnostmi. Na tento fakt je nutno brát při jakýchkoliv reformách zřetel. Hlavní cíle reforem zdravotnictví byly vypracovány v podstatě již před lety a stále lze říct, že jsou aktuální, a to nejen v rámci ČR. Jedná se především o:

- zvýšení efektivity a hospodárnosti systému,
- zajištění univerzálního přístupu k základní zdravotní péči,
- zachování solidarity ve financování veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče,
- zachování solidarity ve financování veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče,
- větší důraz na osobní odpovědnost jedince a integrace pacienta jako aktivní součásti zdravotní péče.

Jak uvádí Vavrejšnová a Rack (2008) jedná se v tomto případě o zcela obecné teze, jež nelze zpochybňovat. Obtížnost jejich realizace v ČR byla prokázána v podstatě v každém

reformním návrhu na změnu zdravotnického systému od doby vzniku republiky, jak je uvedeno v kapitole 3.2. Teprve reformní opatření zaváděná od počátku roku 2007 do současnosti se setkávají s většími úspěchy. Zahrnují úlohy poskytovatelů zdravotní péče, změny v rámci zdravotních pojišťoven a definují novou pozici pacienta jako klienta zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Všechna tato nová opatření byla řádně právně ošetřena. Postupem času se ukáže, v jaké míře byla úspěšná a přispěla k dalšímu posunu českého zdravotního systému.

Jednou z nedokonalostí českých reforem ve zdravotnictví je nedostatek času věnovaný přípravě dokumentací a posuzování jejich celkového dopadu. K těmto přípravám by mělo patřit zejména ověřování, schvalování systému a jeho dokumentace a zavedení systému kontrol, jež zajistí následné nápravné opatření jednotlivých nesrovnalostí. Tyto přípravy jsou základním předpokladem pro úspěšnou koordinaci financování jednotlivých odvětví zdravotní péče, které usnadní spolupráci celého mechanismu.

Úloha státu

Je nezbytné na základě demokratických kritérií vytvořit pravidla a prostředí pro realizaci delegace některých pravomocí státu na ostatní ekonomické subjekty. Jak uvádí Lékařský odborový klub (2010), patří systém poskytování zdravotní péče a její úhrada k nejvíce regulovaným sektorům národní ekonomiky. Původní myšlenka regulace tržních selhání na trhu zdravotních služeb (informační asymetrie, morální hazard, negativní výběr) však přerostla v nežádoucí vliv selhání státu v prostředí neexistence antimonopolních pravidel (viz kap. 2.7).

V českém prostředí hrají hlavní roli dva aktéři – Ministerstvo zdravotnictví a Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ministerstvo zdravotnictví kromě tvorby pravidel a regulací navíc zastupuje i významnou část poskytovatelů zdravotní péče (fakultní nemocnice a ostatní státní poskytovatele). Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR pak hraje roli pojišťovny poslední instance, za jejíž záruky ručí stát. Dále plní i další systémové funkce. Její moc při vyjednávání s poskytovateli zdravotní péče je velmi výrazná a nelze v žádném případě mluvit o rovném postavení smluvních partnerů (např. při vyjednávání o uzavření smlouvy, při smlouvání o výši úhrad, záloh apod.).

Delegací některých pravomocí státu na jiné subjekty vzniká prostor pro veřejné a soukromé zdravotní pojišťovny nebo např. farmaceutické firmy, které tak mohou za

určitých podmínek realizovat zdravotní politiku na efektivnější úrovni než stát. Toto rozložení řízení je však možné pouze při zachování pluralitní sítě zdravotnických zařízení, kde je důležité, aby základní lůžková péče náležela neziskovým zdravotnickým zařízením a ambulantní péče byla v rukou soukromých poskytovatelů jako určitý druh komplementu základní péče. Tímto rozdělením se zachová dostupnost základní péče.

Zásadní změna musí vyjít ze změny motivací všech účastníků v systému zdravotnictví, tedy pacientů, lékařů, nemocnic i pojišťoven. Je nutné omezit zásahy státu, který by se měl zaměřit jen na vydávání metodik a účelnou kontrolu. Důležité musí být posilování motivací k úspornému chování jak na straně pacientů a lékařů, tak i u zdravotních pojišťoven. Změna je však možná pouze úpravou zákonů. Základním prvkem pak je nahradit současně neexistující vazby mezi rozhodováním a zodpovědností s jasným definováním práv a povinností pro jednotlivé účastníky v systému, kdy se tyto vazby musí opírat o přesně definované smluvní vztahy. Stejně jako je tomu i v ostatních zdravotně pojistných systémech v Evropě. Pokud se tato změna neuskuteční, pak se v následujících obdobích objeví tyto problémy ještě v intenzivnější podobě.

Výdaje na nákup statků a služeb ve zdravotnictví

V soukromém sektoru, stejně jako ve veřejném, je nutno regulovat efektivitu nákupů zdravotnického vybavení, techniky a zdravotní péče. Rozvinutý ochod s vybavením zdravotnických ordinací vede v rámci ČR ke spekulativnímu nákupu a prodeji těchto komodit. Transparency International (2007) se domnívá, že nedodržování platné legislativy z oblasti veřejných zakázek ve zdravotnictví připravuje systém ročně o 2,1 % veřejných výdajů. Rovněž na základě předchozích výzkumů předpokládá, že ceny zakázek zadaných v otevřeném řízení jsou v průměru o 12 % nižší než v případě nesoutěžních metod. Ztrátu vzniklou za nákup zboží a služeb proto odhaduje na 3,8 mld. Kč. Neefektivní využívání zdrojů v oblasti nákupu zboží a služeb je možné omezit např. zavedením povinných internetových aukcí na tyto komodity. Další regulace tohoto obchodu může být provedena, pouze subjektem, který ví, jak jsou zdravotnická zařízení v jeho regionu působnosti umístěna a jaké jsou jejich ekonomické ukazatele.

Je třeba chápat zdravotnický systém jako celek, analyzovat nabídkové strategie a jednotlivé determinanty zdraví a klást důraz na systém preventivních programů (viz kap. 3.3). Tímto způsobem je možné systém sledovat a předcházet únikům veřejných zdrojů

k soukromým subjektům. Zamezí se tak vyhledávání renty na úkor zdravotního stavu pacientů. Široce pojatá ochrana a podpora zdraví je lépe přijímána a vede k lepším výsledkům celého systému než poptávkově orientovaná péče úzce zaměřená na některé specializace. Při promýšlení motivačních efektů konkrétních opatření z ekonomického, psychologického, etického a medicínského pohledu je nutno brát v potaz, že jednotlivé subjekty zdravotnictví mají své motivace nastaveny individuálně. Proto je třeba celkové motivační efekty nastavit tak, aby jejich potřeby byly dlouhodobě podpořeny, naplněny a co nejméně tak kolidovaly s nastaveným systémem. Podpořením individuálních potřeb je možné předcházet finančním únikům a zlepšit efektivitu systému.

Posilování role pacienta

Zdravotnický systém dlouhodobě přehlížel pacienta a jeho roli ve zdravotnictví. V rámci opatření, která mohou vést ke zlepšení financování zdravotní péče, je stále důležitější zaměřit se na úlohu pacienta v systému.

Je nutné si uvědomit, že veřejně financované systémy jsou společenskou smlouvou, jež na jedné straně dává občanům přístup ke zdravotní péči, ale na druhé straně by měla ve zvyšující se míře umožnit, za pomoci adekvátních nástrojů, sledování spokojenost pacientů, a to nejen z pohledu lékařského, ale i z pohledu psychologického a sociálního. Lze uvažovat i o rozvoji soukromého financování, jehož primárním cílem by mělo být uspokojení individuální poptávky a specifických požadavků jednotlivců. V této oblasti se v současné době nabízí mnoho cest k realizaci, zejména ve smyslu rozvoje služeb spojených se zdravotní péčí v případech, kde má pacient skutečně reálnou možnost volby. Obecně mohou tyto postupy zvýšit odpovědnost systému, pokud jde o priority pacientů.

Do popředí zájmu se dostává také prevence, ve smyslu méně nákladné varianty, než je samotná léčba. Pochopení příčin vzniku onemocnění a jejich prevence vede k omezení nákladné zdravotní péče. To platí jak na úrovni jednotlivce ve smyslu chování k vlastnímu zdraví, tak na úrovni celé společnosti vzhledem k výskytům určitých onemocnění v populaci. Na tomto základě lze ušetřit značné množství finančních prostředků nikoli ve smyslu optimalizace léčebných procesů, finančních toků a realizace sofistikovaných léčebných metod, ale prakticky nepřímou regulací pacientů, kteří se budou ke svému zdraví chovat zodpovědně. Stejně tak lze chápat medicínský pokrok. Tedy ne jako zdroj stále rostoucích

nákladů, ale jako nástroj umožňující uzdravení pacientů a jejich zpětné začlenění do ekonomického procesu.

Elektronické informační systémy

Přínosem českému zdravotnictví se stalo zavedení moderních elektronických informačních systémů a dokumentace, které je ovšem nutno dále propojovat a zdokonalovat. Digitální dokumentace a komunikace mezi všemi zúčastněnými stranami zvyšuje bezpečnost pacientů a jejich léčby. Jejich výhodou je také vysoká rychlost, nezávislost na čase a místě, bezpečnost, nízké náklady a jednotné technologické standardy. Díky tomuto propojení lze analyzovat jednotlivá data, ať už technická nebo organizační. Např. při zavedení projektu elektronické dokumentace IZIP¹⁷ bylo hlavním nedostatkem jeho zprovoznění dříve, než byla zavedena povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pro veškerá zdravotnická zařízení. Všeobecná povinnost vedení zdravotnické dokumentace byla stanovena pouze v předpisech České lékařské komory. Výjimka platila pro nestátní zdravotnická zařízení, která měla povinnost vést zdravotnickou dokumentaci podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zřízeních. Teprve zákon 260/2001 zavedl povinnost vést zdravotnickou dokumentaci všem zdravotnickým zařízením (Křížek, 2011).

Zákon č.111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, zásadně změnil především přístup k právu občanů na informace o zdravotním stavu (viz kap 2.5). Výslovně stanovil právo pacienta na plný a ničím neomezený přístup ke zdravotnické dokumentaci, právo na získání kopie dokumentace a v neposlední řadě právo pacienta rozhodnout o tom, kdo další má přístup k údajům o jeho zdravotním stavu. Před touto novelou měl pacient ze své pozice omezené možnosti zisku informací o svém zdravotním stavu. Nemohl nahlížet do své dokumentace bez svolení lékaře a lékař měl pouze povinnost informovat o zdravotním stavu pacienta. Proto nemohla existovat sdílená elektronická zdravotní dokumentace, neboť nebyla zákonem přímo povolena.

Tento systém rovněž umožňoval umělé navyšování nákladů na zdravotní péči ze strany lékařů. Ti mohli vykázat péči, kterou pacientovi neposkytli, zcela bez jeho vědomí.

¹⁷ IZIP je zdravotní knížka obsahující souhrn zdravotních informací pacienta v elektronické podobě. Propojuje poskytovatele zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a pacienty. Slouží k předávání zdravotních informací o pacientovi a umožňuje efektivnější poskytování zdravotní péče (IZIP, 2013).

Např. zavedení formy elektronické dokumentace typu “e-karet“ klienta by umožnilo poskytnutí všech potřebných informací o pacientovi. Každá lékařská služba by tak byla zaznamenána a registrována a pacienti by získali přehled o všech službách, jichž během roku využili. Stejně tak by se do elektronického systému mohly začlenit elektronické předpisy na léky, jejich využití, faktury a další lékařské dokumenty. Zavedení jednotného a funkčního systému by tak mohlo ušetřit některé administrativní náklady a zároveň částečně zabránit morálnímu hazardu a informační asymetrii, jelikož by byl jednotný elektronický systém lépe kontrolovatelný.

Při všech těchto změnách je nutné reflektovat některá specifika českého systému. Je třeba volit stabilní a funkční model systému. Hlavním důvodem je transformace české ekonomiky, kdy se ekonomika nevyvinula postupně, nýbrž přebrala již existující systémy a postupy od jiných ekonomik a byla tak nucena se za pomoci šoku přizpůsobit nově vzniklé situaci. Systém je nutné postupně utvářet již v sektoru primární péče, která je u nás na vysoké úrovni. Bez tohoto základního prvku by pak nemohly fungovat prvky ostatní, i kdyby byly na vysoké úrovni. Je proto nutné tuto pozici udržet a neustále zvyšovat kvalitu primární péče. Kvalita práce zdravotníků, ekonomů a dalších profesí zdravotnického systému se odrazí na jeho výsledném fungování a jeho přijetí veřejností.

4.3 Dílčí shrnutí kapitoly

Aktuálním úkolem českých reforem je najít správné způsoby jak hospodárně vynakládat finanční prostředky a zajistit jejich dostatečné zdroje. Je nutno vzít v úvahu rostoucí tendence nákladů na zdravotní péči v ČR. Ty rostou rychleji díky zavádění nových technologií a systémů elektronické integrace nebo rozvoji preventivních programů a zdravotnických projektů. Financování prostřednictvím výrobního faktoru práce se ukazuje jako nedostatečné vzhledem ke skutečnosti, že stát platí pojistné za více než polovinu populace ČR (viz kapitola 2.7 a 4.2). Rostoucí konkurence na trhu práce a snaha o zisk komparativních výhod za pomoci snižování vedlejších mzdových nákladů v národním i mezinárodním měřítku může vést k tomu, že si stále méně občanů bude moci dovolit vyčlenit ze svého příjmu dostatek prostředků na veřejné či soukromé zdravotní pojištění. Dalším problémem je dlouhodobě klesající podíl ekonomicky aktivních občanů. Tyto problémy spolu s dalšími vedou k diskusím o možných řešeních, jako je použití nepřímých

daní, především ze zdraví škodlivých statků (alkohol, cigarety, určité typy potravin), nebo sdílení některých nákladů na úrovni EU v rámci jednotných projektů.

5 Závěr

Hlavním úkolem zdravotnictví je usměrňovat a koordinovat péči o zdraví a řídit jednotlivé soustavy zdravotnických zařízení poskytující odbornou zdravotnickou péči a služby. Samotnou zdravotní péčí se pak rozumí soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zlepšení nebo zachování jeho zdravotního stavu. Zdravotnictví a jeho financování představují složitý, nekonzistentní systém, jehož rovnováha bývá zpravidla ovlivněna působením několika faktorů. Vznik deficitu a kumulace dluhu systému veřejného zdravotního pojištění v České republice byl, je a bude problémem českého zdravotnictví. Za účelem obnovení dlouhodobě udržitelného rovnovážného stavu je podstatné tyto faktory identifikovat a analyzovat jejich vliv na fungování systému.

Cílem této diplomové práce je charakterizovat financování zdravotní péče v České republice, identifikovat jeho možné nedostatky a následně navrhnout jejich případné řešení.

Charakteristika financování zdravotní péče v České republice ukázala, jaká je zde v současnosti situace. Zdravotní péče je v ČR na velmi vysoké úrovni, kterou by bylo vhodné do budoucna udržet. I přes nedostatky v jejím financování lze konstatovat, že se jednotlivé reformy a změny ve zdravotní politice od dob transformace ubíraly správným směrem. Finanční deficity vznikaly a nadále vznikají především vinou nekonzistentnosti jednotlivých systémů poskytování zdravotní péče a jejich celkové ne hospodárnosti, malé spoluúčasti pacientů, nízké platbě státu za nevýdělečně činnou část populace do systému veřejného zdravotního pojištění a také vinou zvyšujících se nákladů na zdravotní péči, jež jsou zapříčiněné medicínským pokrokem. Řešení těchto problémů je mnoho. Je především nutné sjednotit systém financování zdravotní péče, posílit jeho kontrolu, zvýšit roli pacienta v systému, delegovat některé pravomoci státu na soukromé subjekty apod.

V soudobém systému financování zdravotnictví existují rezervy na všech úrovních. Vzhledem k významně omezenému prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami, který pojišťovny nemotivuje k aktivní roli při nákupu zdravotních služeb pro své klienty, dochází na úrovni systému veřejného zdravotního pojištění k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků. Na úrovni poskytovatelů dochází často k nákupům předražené

techniky, léčiv, zdravotních materiálů či prostředků. K omezení korupce, která tyto nákupy často provází, může vést centralizace nákupů, jež navíc umožní další úspory díky silnější vyjednávací pozici nákupčího.

Další možností získání prostředků pro navýšení financí potřebných na zdravotní péči je navýšení jak zdrojů veřejných, tak zdrojů soukromých. Z hlediska veřejných zdrojů se jako nepříliš vhodný způsob jeví navyšování platby za státní pojištěnce, protože představuje nejméně koncepční složku snadno ovlivnitelnou aktuální politickou situací. Řešení se znovu nabízí několik: vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění a zavedení povinného připojištění. Toto opatření zároveň zvýší motivaci obyvatelstva k zodpovědnému přístupu k vlastnímu zdraví. Vzhledem k nerovnoprávnému postavení zaměstnanců a podnikatelů v platbách na zdravotní pojištění lze hledat další prostředky pro systém veřejného zdravotního pojištění navýšením plateb osob samostatně výdělečně činných. Další možností navýšení zdrojů na zdravotní péči je platba ze spotřebních daní (z piva, vína, lihu, tabáku nebo nezdravých potravin) do zdravotního systému, protože právě zdravotnictví nejčastěji nese následky spotřeby alkoholu a tabáku spojené s rizikem zhoršení zdravotního stavu jedince. Z hlediska mezinárodního srovnání v České republice zaostává zejména segment soukromého zdravotního pojištění. Vhodným způsobem navýšení soukromých zdrojů se jeví zavedení možnosti připlácení za nadstandardní zdravotní péči.

Zátěží pro zdravotnický systém jsou i služby na pomezí zdravotní a sociální péče, především se jedná o dlouhodobé hospitalizace. Jejich financování ze zdravotního pojištění odčerpává zdroje zdravotnictví do oblasti sociální péče a supluje tak roli sociálního systému, který v oblasti dlouhodobé ošetrovatelské péče selhává. Tento problém je nutné řešit vzhledem k faktu stárnutí populace. Predikce předpokládají dlouhodobé zhoršování situace a při nezavedení koncepčního řešení financování dlouhodobé péče dojde buď k omezování péče o stárnoucí obyvatele, nebo k dalšímu zhoršování finanční situace českého zdravotnictví. V kontextu stárnutí populace se z rizika potřeby ošetrovatelské péče ve stáří stává postupem času jistota. Systém pojištění v takovém případě ztrácí smysl, protože pojištění je vhodné pro oblasti života, ve kterých dochází k nepředvídatelným a nákladným situacím, u nichž je vhodné sdílení rizika mezi obyvateli. V situaci, kde je budoucí potřeba ošetrovatelské péče téměř jistotou, je vhodnějším řešením povinné spoření. Spoření na dlouhodobou péči je opatřením s dalekým horizontem, které by ovšem vzhledem ke stárnutí populace nemělo být odkládáno. Z krátkodobého hlediska je možné financovat sociální služby z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí.

Česká republika postupně uskutečňuje reformu zdravotnictví. Situace ve financování zdravotní péče je však i přesto v současnosti z ekonomického hlediska velmi obtížná. Prohlubuje se zadluženost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotní péče a následně se dostávají do druhotné platební neschopnosti zdravotnická zařízení. Tento stav je z větší části důsledkem liberální transformace, která měla za následek vznik neúměrného počtu zdravotních pojišťoven a jejich následné zanikání, nárůst kapacity poskytovatelů a nekontrolovatelné zdražování vstupů. Nedostatečná legislativní opatření, jejich špatná provázanost a uplatnitelnost v praxi provázejí české zdravotnictví neustále. Na druhé straně je patrný pozitivní vývoj v kvalitě poskytované péče.

Obecně lze konstatovat, že s ohledem na ekonomické možnosti pojištěnců a státu a s ohledem na rozsah činností, které je třeba zabezpečit, proudí do českého zdravotnictví relativně dostatek prostředků. Jejich hlavním zdrojem zůstává zdravotní pojištění, jež pokrývá přibližně 82 % celkové péče. Důvodem nutnosti navyšování příjmů na zdravotní péči je rostoucí ekonomická potřeba její úhrady, ale také neefektivní nakládání s peněžními prostředky v resortu zdravotnictví. Jednou z možností, jak zefektivnit nakládání s peněžními prostředky, je zavedení kontrolních mechanismů zrušených při transformaci ekonomiky. Jedná se především o kontrolu hospodárnosti při vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění na zdravotní péči a na provoz zdravotnických zařízení a pojišťoven.

Je nutné stanovit priority reformy, její pravidla a způsob provedení včetně zajištění finančních, materiálních a personálních zdrojů, dále pak např. vymezit standardní péči, na kterou bude mít pojištěnec nárok bez doplatku. Tuto základní péči je třeba zkvalitnit, zefektivnit a udržovat na dané úrovni.

Je třeba si uvědomit, že každý stát může mít jen takové zdravotnictví, jaké mu umožňuje vyspělost jeho ekonomiky. Snahy o překonání této hranice a rozšiřování zdravotní péče nad možnosti ekonomiky vedou ke kumulujícím se deficitům a zhoršování ekonomické situace spolu s kvalitou poskytované zdravotní péče. Celý systém zdravotnictví je při tomto procesu vystavován řadě rizik, jelikož na straně spotřeby nepůsobí žádná motivace na snižování nákladů. Zavedení spoluúčasti je jedním z možných řešení této situace.

Seznam použité literatury

Monografie

BARTÁK, Miroslav. 2010, *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

DOLANSKÝ, Hynek. 2008. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 132 s. ISBN 978-80-7248-482-9.

DURDISOVÁ, Jaroslava. 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 228 s. ISBN 978-80-2450-998-3.

FOLLAND Sherman, Allen C., GOODMAN and Miron, STANO. 2009. *The Economics of Health and Health Care*. 2. vyd. New Jersey: Prentice Hall. 648 s. ISBN 978-01-3608-030-5.

HOLCOMBE, Randall. 2005. *Public Sector Economics: The Role of Government in the American Economy*. New Jersey: Prentice Hall. 552 s. ISBN 978-01-3145-942-4.

HOLČÍK, Jan. 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 160 s. ISBN 80-85047-33-0.

HOLMAN, Robert. 2011. *Ekonomie*. 5. vyd. Praha: C.H. Beck, 696 s. ISBN 978-80-7400-006-5.

HOLMAN, Robert. 2007. *Mikroekonomie. Středně pokročilý kurz*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 592 s. ISBN 978-80-7179-862-2.

KLVAČOVÁ, Eva. 2006. *Dobývání renty: teorie a praxe*. 2006. Praha: Professional Publishing, 107s. ISBN 978-80-8694-624-5.

KONEČNÁ, Jana. 2010. *Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti*. Rigorózní práce. Brno: MU, Právnická fakulta, Katedra finančního práva a národního hospodářství.

KREBS, Vojtěch et al. 2010. *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 554 s. ISBN 978-80-7357-585-4.

MAAYTOVÁ, Alena. 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

MERTL, Jan. 2007. *Ekonomické aspekty zdravotnictví v moderní společnosti*. Disertační práce. Praha: VŠE, Národohospodářská fakulta, Katedra hospodářské a sociální politiky.

PEKOVÁ, Jitka. 2012. *Veřejné finance. Teorie a praxe v ČR*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 644 s. ISBN 978-80-7357-698-1.

SPĚVÁČEK, Vojtěch. 2012. *Soustava národního účetnictví jako informační a metodologický základ makroekonomické analýzy*. Přednášky z předmětu SNÚ Praha: VŠE, Katedra hospodářské a sociální politiky.

STIGLITZ, Joseph. 1997. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada publishing, 661 s. ISBN 978-80-7169-454-0.

ŠATERA, Karel. 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 2. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Academia centrum, 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.

ZWEIFEL, Peter, Friederich, BREYER and Mathias, KIFMANN. 2009. *Health Economics*. 2. vyd. Berlín: Springer, 529 s. ISBN 978-3540278047.

Periodika

ARROW, J. Kenneth. 1963. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. in American Economic Review, Volume 53, Issue 5.

DURDISOVA, Jaroslava a Jan, MERTL. 2004. *Ekonomické a sociální aspekty transformace zdravotní politiky v kontextu mezinárodních změn a globálního vývoje*. in Acta oeconomica pragensia, Volume 12, Issue 4.

VAVREJNOVÁ, Marie a Herta, M., RACK. 2008. *Financing the health care in the Czech Republic: some comparisons with Austria*. in Prague Economic Papers, Volume 1.

Internetové zdroje

BAYARSAIKHAN, Dorjsuren and MUISER, Jorine. 2007. *Financing health promotion..* in WHO Discussion Paper, Volume 4 (2007). [online]. Geneva, [cit. 2013-01-03]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf

BRYNDOVÁ, Lucie, Kateřina, PAVLOKOVÁ, Tomáš, ROUBAL, Martina, ROKOSOVÁ a Matthew, GASKINS. 2009. *Czech Republic Health system review* in Health Systems in Transition, Volume 11, Issue 1. [online]. WHO European Observatory of Health Care Systems. [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf

BURCIN, Boris a Tomáš, KUČERA. 2010. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*. [online]. Praha: MPVS [cit. 2013-04-01]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza_2010.pdf

ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA. *Statistika čtvrtletních finančních účtů. Metodika*. [online]. [citováno 10.03.2013]. Dostupný z:

http://www.cnb.cz/miranda2/export/sites/www.cnb.cz/cs/statistika/stat_fin_uctu/download/QFA_metodika_cz.pdf

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2012a. *Databáze ročních národních účtů. Časové řady výdajů na konečnou spotřebu domácností*. [online]. ČSÚ [cit. 2013-04-01]. Dostupný z: http://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocnkavyber.spotr_dom

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2012b. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2010*. [online]. ČSÚ [cit. 2013-04-01]. Dostupný z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2013. *Demografické ročenky (pramenná díla) 2010 – 2011*. [online]. ČSÚ [cit. 2013-04-01]. Dostupný z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie

EUROPEAN COMMISSION. 2007. *Health programme 2008 – 2013*. [online]. EU [cit. 2013-04-01]. Dostupný z: http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm

IZIP. 2013. *Jak funguje IZIP*. [online]. IZIP [cit. 2013-04-03]. Dostupný z: <http://www.izip.cz/system-izip/jak-funguje-izip>

Odvody z mezd [online]. [cit. 2013-04-01]. Dostupný z: <http://www.finance.cz/dane-a-mzda/informace/odvody-ze-mzdy>.

JURÁSKOVÁ, Linda. 2008. *Způsoby přerozdělování všeobecného zdravotního pojištění a jejich vliv na konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami*. Bakalářská práce. [online]. Brno: Masarykova univerzita. Ekonomicko-správní fakulta. [cit. 2013-03-10]. Dostupný z WWW: http://is.muni.cz/th/73648/esf_b/Zpusoby_prerозdelovani_vseobecneho_zdravotniho_pojisten_i_a_jejich_vliv_na_konkurenci_mezi_zdravotnimi_pojistovnami.pdf

KŘÍŽEK, Josef. 2011. *Elektronická zdravotnická dokumentace a počítačová gramotnost v ČR*. [online]. Praha: VŠE. [cit. 2013-03-10]. Dostupný z WWW: <http://kdem.vse.cz/resources/relik11/sbornik/download/pdf/148-Krizek-Josef-paper.pdf>

LÉKAŘSKÝ ODBOROVÝ KLUB – SVAZ ČESKÝCH LÉKAŘŮ. 2010. *Analýza českého zdravotnictví*. [online]. Praha: LOK - SČL. [cit. 2013-03-10]. Dostupný z WWW: http://www.lokscl.cz/images/tinymce/files/DOKUMENTY_zakladni/analiza_lok_310810.pdf

MARMOT, Michael and Richard G., WILKINSON. 2006. *Social Determinants of Health*. 2. vyd. [online]. Oxford: University Press, [cit. 2013-01-02]. ISBN 978-0-19-856589-5.

Dostupný z WWW:

<http://www.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=AmwiS8HZeRIC&oi=fnd&pg=PT5&dq=Wilkinson+M+Marmot,+M.+The+Solid+Facts.+Social+determinants+of+Health.+WHO+:+Copenh>

agen,+1998.&ots=yZHE57TnD1&sig=mTolcocAUE32xPNalIYslQE7EbQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2012a. *Zákon o státním rozpočtu České republiky na rok 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013*. [online]. MF ČR. [cit. 2013-04-01]. Dostupný z WWW:

http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/zakon_o_sr.html

MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2012b. *Zpráva o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu. 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005, 2004*. [online]. MF ČR. [cit. 2013-04-01]. Dostupný z WWW:

http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/statni_zav_ucet_70195.html?year=PRESENT#III

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. 2013. *Úvod do DRG*. [online]. NRC, [cit. 2013-07-04]. Dostupný z WWW: <http://www.nrc.cz/cinnosti/drg/co-je-drg/uvod-do-drg>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2000. *A System of Health Accounts*. [online]. Paris. OECD, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.oecd.org/health/health-systems/1841456.pdf>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2012. *Health at a Glance: Europe 2012* [online]. OECD, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2004. *Toward High Performing Health Systems*. [online]. Paris. OECD, [cit. 2013-21-02]. ISBN 978-9-26-401555-5. Dostupný z WWW: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/towards-high-performing-health-systems_9789264015562-en

PRŮŠA, Jan. 2011. *České zdravotnictví: Iluze nedostatku*. [online]. Terra Libera, [cit. 2013-21-04]. Dostupný z WWW: http://libinst.cz/Files/KqLFy4r2/news/322/tl_08_09_2011.pdf

ROKOSOVÁ, Martina a Petr, Háva. 2005. *Health care systems in transition: Czech Republic*. [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on health Systems and Policies. [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/75144/E86823.pdf

ŠAFRÁNEK, Ondřej. 2012. *Heger představil 14 kroků pro zlepšení kondice systému zdravotního pojištění*. [online]. IHNE. [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://zpravy.ihned.cz/c1-58232410-heger-predstavil-14-kroku-pro-zlepseni-kondice-systemu-zdravotniho-pojisteni>

TRANSPARENCY INTERNATIONAL – ČESKÁ REPUBLIKA. 2007. *Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České*

Republice. [online]. Praha. [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: http://www.transparency.cz/doc/tzdrav_studie02052007.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2012a. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2001. *Pohledy na zdravotnictví v České republice 2001.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/pohledy-zdravotnictvi-ceske-republice-2001>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2000. *Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví do roku 2000.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/zdravotni-pojistovny>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2004. *Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví do roku 2003.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekonomickych-zdravotnictvi-roku-2003>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2012b. *Zdravotnická ročenka České republiky.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2005. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2005.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/zdravotni-pojistovny>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2009. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2009.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/zdravotni-pojistovny>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2012c. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011.* [online]. ÚZIS, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-2011>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. 2013. *Prerозdělování pojistného.* [online]. VZP, [cit. 2013-03-10]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerозdelovani-pojistneho>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1948. *Constitution of the World Health Organization*. [online]. WHO, [cit. 2012-11-20]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2012. *Health 2020 – policy framework and strategy*. [online]. Malta. WHO Regional Office for Europe. [cit. 2013-11-04]. Dostupný z WWW: http://dataplan.info/img_upload/f5416b362b7c89b68743d3448693cc90/health-2020-policy-framework-and-strategy.pdf

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2000. *Health care systems in transition: Czech Republic*. [online]. WHO European Observatory of Health Care Systems. [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/75151/E70931.pdf

ZIGOVÁ, Zuzana. 2011. *Institucionální a finanční determinanty fungování systému veřejného zdravotního pojištění v ČR a jejich vliv na existenci deficitů*. [online]. Disertační práce. Brno: MU, Ekonomicko – správní fakulta, [cit. 2013-11-03]. Dostupný z WWW: http://is.muni.cz/th/69148/esf_d/DP_Zigova_final.pdf

Právní normy

Listina základních práv a svobod (Zákon č. 2/1993 Sb.).

Předpis 111/2007 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 20/2996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 397/2010 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 160/1992 Sb., České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických organizacích.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Zákon č. 261/2007Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č. 550/1991 Sb., České národní rady o všeobecném zdravotním pojištění.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně.

Zákon č. 592/1992 Sb., České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Seznam zkratek

ČR – Česká republika
ČSÚ – Český statistický úřad
ESA 1995 – The European System of Accounts 1995
EU – Evropská Unie
HDP – hrubý domácí produkt
ICHA – systém zdravotnických účtů
IZIP – elektronická zdravotní knížka
DRG – Diagnosis Related Group
MF ČR – Ministerstvo financí České republiky
OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development
SNA 1993 - System of National Accounts 1993
SNÚ – systém národních účtů
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO – World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tab. 2.1 Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy	10
Tab. 2.2 Výše regulačních poplatků	13
Tab. 2.3 Srovnání veřejného a komerčního zdravotního pojištění	22
Tab. 2.4 Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů – podle zdroje financování	27
Tab. 3.1 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v letech 2000 – 2011 v ČR (v mil. Kč)	40
Tab. 3.2 Úhrnná bilance příjmů a výdajů státního rozpočtu v Kč	43
Tab. 3.3 Výdaje domácností na regulační poplatky v tis. Kč	49
Tab. 3.4 Výdaje domácností na zdraví v mil. Kč (běžné ceny) v ČR	49
Tab. 3.5 Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2000 – 2011 v ČR	50
Tab. 4.1 Rozpočty Ministerstva zdravotnictví v letech 2000 – 2013 (v tis. Kč)	59

Seznam grafů

Graf 3.1 Výdaje na zdravotnictví podle konečných zdrojů financování v letech 2000 - 2011 v ČR.....	41
Graf 3.2 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2011 v ČR.....	42
Graf 3.3 Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v tis. Kč (stále ceny roku 2005).....	47
Graf 3.4 Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů.....	48
Graf 3.5 Vývoj hospodaření systému v. z. p. v letech 2000 – 2011 (v mil. Kč).....	53

Seznam obrázků

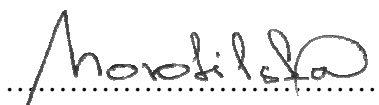
Obr. 2.1 Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel.....	8
Obr. 2.2 Členění statků ve zdravotnictví.....	16
Obr. 2.3 Motivace k nárůstu spotřeby zdravotnických služeb způsobená zdravotním pojištěním	20
Obr. 3.1 Vztahy mezi poskytovateli a pacienty v systému přímých úhrad.....	31
Obr. 3.2 Vztahy v rámci financování z daňových systémů.....	31
Obr. 3.3 Vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění	32
Obr. 3.4 Vztahy v rámci soukromého zdravotního pojištění	33

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále též VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne: 26. 4. 2013


.....
Lenka Novobilská

Adresa trvalého pobytu studenta:

Petřvald 388, Petřvald 1, 742 60

Seznam příloh

Příloha 1. Legislativní rámec českého zdravotnického systému

Příloha 2. Výdaje na zdravotnictví podle IHCA – HC, IHCA - HP

Příloha 3 Finanční toky v rámci českého zdravotnictví

Příloha 4. Státní rozpočet 2013 – Ministerstvo zdravotnictví

Příloha 5. Vývoj hospodaření systému v. z. p. v letech 2000 – 2011 (v mil. Kč)